

**INCIDENCIA DEL ENTORNO SOCIO-FAMILIAR EN LA DEPRESIÓN DE
PACIENTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA Y
EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL TRATAMIENTO**

**NATALIA ANDREA AMARILES YARCE
ALEXANDRA MARÍA LÓPEZ AVENDAÑO
YULIETH ZAPATA VÁSQUEZ**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
PROGRAMA TRABAJO SOCIAL
BELLO
2010**

**INCIDENCIA DEL ENTORNO SOCIO-FAMILIAR EN LA DEPRESIÓN DE
PACIENTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA Y
EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL TRATAMIENTO**

**NATALIA ANDREA AMARILES YARCE
ALEXANDRA MARÍA LÓPEZ AVENDAÑO
YULIETH ZAPATA VÁSQUEZ**

**Trabajo de Grado como requisito parcial para optar el título de
Trabajadora Social**

**Asesor: Sr. Juan María Ramírez Vélez
Sociólogo e Investigador**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
PROGRAMA TRABAJO SOCIAL
BELLO
2010**

ACEPTACIÓN

Jurado 1

Jurado 2

Jurado 3

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
PROGRAMA TRABAJO SOCIAL
BELLO
2010**

DEDICATORIA

A mis padres y docentes que durante todo el proceso académico estuvieron presentes por medio del apoyo, la confianza, los conocimientos y la experiencia de ellos, los cuales creyeron en mí y en este proyecto.

Natalia Andrea Amariles Yarce

A mi hijo Juan Esteban quien logró despertar en mí nuevos deseos de superación y a mis padres, quienes con su paciencia, amor y dedicación ayudaron a hacer de éste sueño una realidad.

Alexandra María López Avendaño

A Dios quien me brindo el apoyo y la compañía suficiente para esforzarme cada día y lograr que este trabajo fuese realidad. También a mi familia porque me ha dado el respaldo emocional para luchar diariamente y superar todas las barreras presentes durante el proceso investigativo.

Yulieth Zapata Vásquez

AGRADECIMIENTO

Se le hace un reconocimiento al sociólogo e investigador Juan María Vélez por su paciencia, apoyo y gran orientación como asesor del proyecto investigativo y en especial por haber creído en nosotras.

Un enorme agradecimiento a la trabajadora social Piedad Estrada Arango, quien desde su experiencia como investigadora en la misma línea de depresión en niños y adolescentes, nos aportó conocimientos validos y verídicos que ha arrojado sus investigaciones. Y a la trabajadora social, docente y terapeuta María Eugenia Agudelo, quien con su experiencia en salud mental y profesionalismo, nos orientó acerca del rol del trabajador social en dicha problemática y en especial en la intervención con la familia.

Al Hospital Mental de Antioquía, las trabajadoras sociales y al comité de ética por permitirnos realizar la investigación dentro de la institución y por facilitarnos los recursos tanto humanos como físicos.

De igual forma, se le agradece a COTRAFA, la cooperativa financiera, que durante varios semestres ha contribuido como parte de su labor social, invirtiendo en la educación superior, subsidiando a miles de estudiantes, que como nosotras teníamos un sueño y se nos hizo realidad por medio de sus aportes.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	19
4. MARCO TEÓRICO	20
5. MARCO LEGAL	42
6. MARCO HISTÓRICO	50
7. DISEÑO METODOLÓGICO	53
7.1 ENFOQUE	53
7.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	54
7.2.1 Explicativa	54
7.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	54
7.3.1 No experimental	54
7.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	54
7.4.1 Entorno sociofamiliar	54
7.4.2 Rol del trabajador social	55
7.4.3 Depresión	56

7.4.4 Tratamiento	57
7.5 CATEGORÍAS ANALÍTICAS INICIALES	57
7.6 ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO	57
7.7 SISTEMA DE CATEGORÍAS	58
7.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	59
7.8.1 Rastreo documental de historias clínicas	59
7.8.2 Rastreo conceptual	59
7.8.3 Entrevistas	59
7.8.4 Muestra	59
7.9 PLAN DE ANÁLISIS	60
7.9.1 Selección de textos	60
7.9.2 Análisis y recolección de la información	60
7.9.3 Verificación de información	60
7.9.4 Clasificación de ideas	60
8. DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EL HOMO DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN	61
8.1 DESCRIPCIÓN GENERAL	73
8.2 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOMO	78
8.2.1 Entrega de turno	78
8.2.2 Consulta Familiar	78
8.2.3 Reunión socioeducativa	78
8.2.4 Informe altas	79
8.2.5 Gestión de exámenes	79
8.2.6 Orientación	79
9. ANÁLISIS	80
9.1 LINEAMIENTOS A SEGUIR EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA	85
9.2 EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL	85
9.3 FUNCIONES DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL EN UNA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA	89

9.3.1El estudio	91
9.3.1.1Análisis del informante	91
9.3.1.2Estudio de factores sociales	91
9.3.2 Diagnóstico Social	92
9.3.3 Intervención Social	92
9.3.3.1Con la presencia del usuario	93
9.3.3.2Sin la presencia del usuario	93
9.3.4. Evaluación	94
9.4 POSIBLES FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN ESTE CAMPO DE ACCIÓN	95
10. CONCLUSIONES	97
11. RECOMENDACIONES	99
12. BIBLIOGRAFÍA	101
13. CIBERGRAFÍA	105
ANEXOS	108

*“He llegado a pensar que la enfermedad en algún sentido,
es una forma de <desviación social >
y que la terapia es parte de un amplio
aspecto de tipos de <control social>”*

Talcott Parsons (1902-1972)

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como asunto central la depresión y la incidencia del entorno socio-familiar en la aparición de ella. Este tema surgió como parte del proceso de práctica realizado dentro del Hospital Mental de Antioquia con la experiencia en el pabellón “Adolescentes”, donde se fue observando por medio de la intervención, que las familias de los pacientes, su dinámica familiar, sus pautas de crianza y su entorno social pueden incidir de manera profunda en la depresión, que si bien en algunos casos es una enfermedad mental biológica, hereditaria y frecuente, tiende a agudizarse por causas ambientales y múltiples factores sociales, donde éstas podrían despertarla o alterarla en cualquier circunstancia.

La sociedad actual tiende a complejizarse, las situaciones económicas, familiares, culturales y sociales se problematizan cada vez más; por ende, el siguiente trabajo intenta dar un acercamiento a las posibles causas de la depresión desde un enfoque más abierto y flexible como lo es el ámbito social y no tan mecanicista, procedimental e instrumental como lo ha sido la medicina y el enfoque utilizado el Hospital Mental de Antioquia, donde se reconoce que la aparición de cualquier trastorno mental modifica las condiciones naturales del organismo y cómo el medicamento ayuda a estabilizarlo, en este caso la depresión, pero de igual forma cómo también la familia y la sociedad, juegan un papel primordial en ésta, como complemento al ser netamente social que se ve afectado positiva o negativamente de acuerdo a la interacción que tenga desde sus diferentes esferas como ser humano que están representados en los roles y funciones que el individuo desempeña dentro de la estructura a nivel micro en familia o a nivel macro en sociedad.

Reconociendo que la labor dentro del Hospital Mental de Antioquia es más desde un enfoque médico psiquiátrico, se debe resaltar la función de las trabajadoras sociales dentro de este enfoque, logrando así, dar una descripción del rol del trabajador social desde el enfoque holístico e integral. Para ello, el siguiente trabajo se sustenta en la Teoría General de Sistemas (TGS) planteada principalmente por el autor Ludwing Von Bertalanffy, quien establece que un sistema es una totalidad y que sus objetos (o componentes) y sus atributos (o propiedades) sólo pueden comprenderse como funciones del sistemas total.¹

Para acercarnos a esta problemática se utilizarán técnicas de recolección de información como la observación participante, entrevistas, rastreo bibliográfico, historias clínicas entre otros, con el fin de identificar y comprender todo tipo de factores ambientales que repercuten directamente con la estabilidad del paciente, y su manera de influir positiva o negativamente con la aparición de la depresión, específicamente en adolescentes.

¹ QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. Trabajo social y procesos familiares. Buenos Aires. 1ª ed. Lumen, 2004.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cambios sociales de los últimos tiempos propiciados por la denominada modernización, destacan cómo la familia sigue siendo no sólo el soporte económico, sino también afectivo al cual recurren los seres humanos para satisfacer sus necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar, donde ésta tiene como labor principal la de educar y formar a sus miembros, potencializar o erradicar virtudes o grandes vacíos y falencias que se generan desde la infancia, repercutiendo de forma positiva o negativa en la adolescencia de las personas.

Actualmente se ve como la sociedad en su proceso dinámico, incluyendo las diferentes problemáticas que tienden a aumentar, a nivel económico, político, social y cultural, afectan directamente la estabilidad de la familia, y por ende pueden llevar a un gran porcentaje de individuos a padecer de trastornos anímicos, entre ellos la depresión, entendida como “un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado”². Es decir, un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: en el que la tristeza pasa a ser concebida como patológica, el decaimiento, la irritabilidad, pueden hacer disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, de las personas independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

En esta enfermedad, calificada de mental, se diferencian dos tipos; la **Endógena**: la cual es provocada por un problema central biológico y

² ESTRADA ARANGO, Piedad, TORRES DE GALVIS, Yolanda, entre otros. Salud Mental de niños y adolescentes provenientes de familias nucleares, padres separados y otras formas de organización familiar. Universidad Pontificia Bolivariana. Grupo de Investigación Familiar, Universidad CES. Grupo de investigación Salud Mental. Medellín, 2008. P., 46.

Exógena: causada por factores ambientales a las que está expuesto el individuo; donde ambas requieren de un tratamiento profesional y del apoyo familiar.

Las trabajadoras sociales dentro del Hospital Mental de Antioquia acompañan el proceso psiquiátrico, dándole respuesta a un enfoque médico, reconociendo que una de las labores fundamentales para ellas es la de resaltarle al paciente y a la familia la adherencia al tratamiento como principal soporte de recuperación y estabilización de la enfermedad mental. Partiendo de lo anterior, se capta que las intervenciones que hacen las trabajadoras sociales no logran modificar situaciones problemáticas que interfieren directamente con la estabilidad del paciente; es por ello que se pretende describir su rol desde un ámbito social e integral, como lo es el enfoque sistémico que da respuesta a la demanda presente, la cual ayudaría tanto con el tratamiento psiquiátrico como en mejorar las condiciones de vida, en el sentido que los pacientes puedan reincorporarse en un ámbito laboral, productivo y afectivo, acorde a sus capacidades y como respuesta positiva a un tratamiento psicoterapéutico que encararía el trabajador social en compañía del paciente, el psiquiatra y la familia.

Identificando que la depresión no sólo es causada por factores naturales y biológicos inherentes al individuo, sino también por circunstancias ambientales, se requiere de un modelo de trabajo acorde a las exigencias del medio y en este caso en un ámbito social, buscando fortalecer en el paciente su tratamiento psiquiátrico y psicosocial al reconocer como la familia y su entorno social influyen directamente con la aparición y continuidad del trastorno depresivo.

El proceso de práctica profesional realizado en el Hospital Mental de Antioquia, la experiencia dentro de este campo de acción, además de situaciones vividas, permitió que se formulara este trabajo de investigación orientado hacia la comprensión de la depresión como una enfermedad mental que afecta a gran número de personas a nivel mundial (convirtiéndose en uno de los “mayores desafíos para la medicina moderna. Está entre las 5 causas de discapacidad en el mundo en la actualidad y será la primera o la segunda en los próximos 10 años”³). Además de ello la adquisición de información en el pabellón “Adolescentes” (ubicado dentro del HOMO), hizo surgir la pregunta investigativa, al observar como las familias de los pacientes, quienes evidencian grandes falencias y necesidades en su dinámica familiar y social repercuten de forma implícita o explícita en el desencadenamiento de la enfermedad mental, la cual tiende a ser diagnosticada con más frecuencia pero con la ausencia de acciones preventivas y/o educativas que encaren tal demanda de mejor forma, hicieron que se priorizara el tema de la depresión en adolescentes ya que es un campo que no ha sido explorado de forma profunda por los trabajadores sociales con la capacidad de manejar dicho diagnóstico desde una esfera social y no tan biológica como se orienta hasta ahora el tratamiento de los paciente diagnosticados con depresión por el Hospital Mental.

El Hospital Mental de Antioquia como Empresa Social del Estado, presta los servicios especializados en salud mental “integral” para los usuarios, contando con un personal competente y oportuno en diferentes áreas como lo son la medicina y las ciencias sociales. Este equipo interdisciplinario de profesionales se encarga de atender las demandas y necesidades de los pacientes que día a día acuden al Hospital como opción para mejorar su calidad de vida y especialmente estabilizar su enfermedad mental donde se pretende que éste pueda seguir con funciones habituales en las áreas: familiar, social, laboral,

³ CHINCHILLA MORENO, Alfonso. La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2008. P., prefacio.

entre otras.

Bajo estos presupuestos y reconociendo que el trastorno psicológico más frecuente del mundo actual es la depresión⁴ y dentro del cual, la población adolescente y de ancianos son los grupos más vulnerables para padecerla, los expertos insisten en que en la mayoría de los casos, con un adecuado diagnóstico y un manejo terapéutico oportuno, ayudará de manera efectiva para el abordaje de este tipo de trastorno, el cual es tratado en el Hospital Mental de Antioquia en compañía de un equipo interdisciplinario con enfoque médico asistencial, dejando de lado la gran ayuda que pueden efectuar las trabajadoras sociales con su enfoque sistémico, el cual reconoce al paciente como parte de un todo en este caso la familia y el sistema social, por lo cual se pretende a partir de allí, dar respuesta a la incidencia de este todo con la aparición del trastorno depresivo.

Por tal razón, el proceso investigativo a seguir apuntará a dar respuesta a la incidencia del entorno socio familiar en la depresión de los pacientes adolescentes del HOMO y el rol del trabajador social en el tratamiento.

⁴ COBO OCEJO, Paloma. La depresión en los adolescentes. En Revista Mexicana de Orientación Educativa. N°8, Marzo-Junio de 2006. [online] [citado: 3 de marzo de 2009; 08:50:23] <www.remo.ws/>.

2. JUSTIFICACIÓN

La investigación a realizar, surgió como iniciativa propia dentro del campo de práctica, al observar cómo la depresión siendo una enfermedad mental diagnosticada “biológicamente”, mostraba a partir de la intervención con las familias, que varios de los casos atendidos por el área de trabajo social apuntaban a determinar su origen o desencadenamiento por medio de una situación vivida ya sea desde su entorno familiar o social, como los dos sistemas donde se desenvuelve el individuo constantemente, y por tal razón requería no sólo de medicamentos para tratarla, sino también de modificaciones en el estilo de vida familiar y/o individual en el que se desempeña el individuo.

Reconociendo que el HOMO es una identidad pública encargada de brindar servicios de salud mental, se hace necesario destacar la gran labor complementaria que debería efectuar el Trabajador Social, donde su rol a través de una mirada sistémica, lograría integrar al individuo en la familia y la sociedad, donde la Familia se convierte en una de las instituciones sociales más importantes para la intervención de los profesionales y especialmente de los trabajadores sociales, puesto que es el grupo en el cual se encuentra inmerso el paciente, convirtiéndose además en fuente de información más precisa que puede tener el profesional para conocer el entorno en el cual se desenvuelve el paciente y la fuente de apoyo más cercana que necesita para su recuperación y/o estabilización de su estado clínico.

A nivel social, las problemáticas han aumentado, el ser humano se ha tornado vulnerable a diferentes situaciones, y en especial a su salud mental, la cual puede ser afectada en cualquier momento de la vida, como es el caso de la depresión, que si bien es una enfermedad que en algunas situaciones se

presenta como una enfermedad natural o biológica, también se debe incluir su influencia socio-familiar, como fue observada en los pabellones de adolescentes y hombres, como posibles causas en la generación o desencadenamiento de la enfermedad mental.

Partiendo de lo anterior, se hace ineludible cómo la sociedad en su evolución que tiende a complejizar las denominadas patologías sociales, las cuales exigen nuevos y mejores métodos para abordarlas, donde la intervención profesional desde el trabajo social abarca al individuo en sociedad, el cual hace parte de una familia, que le prolonga, crea o le inhibe todos sus temores que con el tiempo pueden afectar su estabilidad mental; es desde allí, donde surge la real importancia de determinar hasta qué punto la familia incide en la depresión en personas adolescentes, ya que es visto como todo ser humano funciona a través de influencias y motivaciones creadas en el exterior donde éstas se convierten en deseos que al no ser superados logran afectar la estabilidad del individuo; de igual forma surge la importancia de resaltar cómo la intervención del trabajador social, debería enfocarse en lograr modificar las condiciones que afectan directamente la estabilidad del paciente, sin desconocer la importancia que el tratamiento psiquiátrico tiene en su recuperación.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la incidencia del entorno socio-familiar en la aparición de la depresión de pacientes adolescentes del Hospital Mental de Antioquia y describir el rol del Trabajador Social en el tratamiento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la estructura y dinámica familiar de los pacientes adolescentes con depresión.
- Comprender los factores sociales que influyen directamente con la estabilidad del paciente depresivo y/o influyeron con la aparición de dicho trastorno.
- Describir el rol del trabajador social dentro del tratamiento psiquiátrico de los pacientes depresivos.

4. MARCO TEÓRICO

“Es importante tener en cuenta que en muchos casos las personas llegan al hospital psiquiátrico en situación de locura, pero permanecen “en la sala de espera” por situaciones de pobreza y desamparo social y familiar. En fin, por causas sociales y no psiquiátricas”.⁵

El ser humano se encuentra inmerso en un sistema social, el cual consiste “en una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de ambiente, actores motivados por una tendencia a “obtener un óptimo de grado de gratificación” y cuyas relaciones con sus situaciones -incluyendo a los demás actores- están mediados y definidos por un sistema de símbolos estructurados y compartidos”.⁶ El individuo se va vinculando al sistema totalizador por medio de tres sistemas básicos: el sistema social, el sistema de la personalidad de los actores individuales y el sistema cultural que se establece en sus acciones; lo cuales le aportan a la persona las pautas requeridas para la asociación a cada sistema, donde la dinámica de la sociedad la construyen las personas.

En el sistema de la personalidad, el actor individual tiene “dos aspectos elementales o primarios: el aspecto “gratificacional” y el aspecto “orientacional”. El primero se refiere al “contenido” de su intercambio con el mundo de objetos; “lo que” obtiene el actor en su interacción con él y lo que “cuesta”. El segundo se refiere al “cómo” de su relación con el mundo de objetos; las pautas o modos en que se organizan estas relaciones. Subrayando el aspecto

⁵ AMICO, Lucía del Carmen. La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de atención. 1ª ed. Buenos Aires – Espacio Editorial, 2005. P.43

⁶ TALCOTT; Parsons. El sistema social. Ed. Revista de Occidente, S. A., Madrid, 1966. P. 25.

relacional, podemos referirnos al primero como orientación “catética”, es decir: La significación de la relación del ego con el objeto u objetos en cuestión para el equilibrio de su personalidad entre gratificación – privación. De otro parte, la categoría “orientacional” más elemental y fundamental parece ser la “cognitiva”, que en su sentido más general puede ser considerada como la definición de los aspectos relevantes de la situación para los “intereses” del actor”.⁷ Así, el individuo va construyendo su personalidad y cumpliendo con la estructura personal que afianza al ser humano para la convivencia e integración con los demás actores y sistemas, en el que se encamina hacia la realización de sus acciones vistas como “un proceso en el sistema actor – situación que tiene significación motivacional para el actor individual o, en caso de una colectividad, para sus componentes individuales”.⁸ El actor va desarrollando algunas acciones de acuerdo a sus intereses o motivaciones.

En el sistema cultural, “se da el paso desde la orientación de signo hacia la verdadera simbolización. Ésta es la condición necesaria para que aparezca la cultura”.⁹ “Un sistema simbólico de significados es un elemento de orden “impuesto”, por así decirlo, en una situación real. Incluso la comunicación más elemental no es posible sin algún grado de conformidad con las “convenciones” del sistema simbólico”.¹⁰ “Dentro de los conceptos que aparecen en el sistema cultural se encuentran los valores, los cuales se definen en relación con una tradición compartida”.¹¹

La cultura se puede inferir desde tres aspectos fundamentales: “primera, la cultura es transmitida, constituye una herencia o una tradición social; segunda,

⁷ *Ibíd.*, p. 26, 27.

⁸ *Ibíd.*, p. 24.

⁹ *Ibíd.*, p. 29.

¹⁰ *Ibíd.*, p. 31.

¹¹ *Ibíd.*, p. 33, 34.

la cultura es aprendida; no es una manifestación, como contenido particular, de la constitución genética del hombre; y tercera, la cultura es compartida. En este sentido, la cultura, es de una parte, un producto de los sistemas de interacción social humana, y, de otra, un determinante de esos sistemas”.¹² El individuo se introyecta en la cultura a través de pautas que incluye la integración, socialización y el aprendizaje.

Dentro de cada sistema, el individuo cumple con unos roles y funciones que se encuentran determinadas en cada sistema de la personalidad y hacen parte del proceso dinámico de la sociedad. “Cada actor individual se encuentra implicado en una pluralidad de semejantes relaciones interactivas, cada cual con una o más “parejas” en el rol complementario. Por ello, la participación de un actor en una relación interactiva de este tipo es, para muchos fines, la unidad más significativa del sistema social. La participación tiene a su vez, dos aspectos principales. Por una parte, existe el aspecto posicional –aquel en que el actor en cuestión se encuentra “localizado” en el sistema social, en relación con otros actores-. Esto es lo que puede ser llamado su estatus, que es su lugar en el sistema de relaciones considerado como una estructura, la cual es un sistema pautado de partes. De otro lado, existe el aspecto procesual, que es lo que el actor hace en sus relaciones con otros, considerado en el contexto de su significación funcional para el sistema social. Esto es lo que llamaremos su rol”.¹³

En el sistema social se manifiesta la socialización como “el proceso mediante el cual los individuos son entrenados y motivados para el correcto desempeño

¹² *Ibíd.*, p. 34

¹³ *Ibíd.*, p. 44.

afectivo y técnico de sus roles”.¹⁴ Es por ello, que aparece las diferentes instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado entre otras, donde el individuo o actor social interactúa, llevando a cabo unas funciones, cumpliendo unas normas y valores transmitidas por cada estructura.

La familia es una institución social en la que actúan por lo menos dos actores sociales (ya no se habla de actor y su individualidad, sino del actor y su interacción con otros). La familia contribuye con sus miembros como transmisora de pautas en las que el individuo ingresa en sociedad a través de roles y funciones (que desempeña el actor y su finalidad dentro del sistema social).

En el sistema social, se reconoce la familia como un subsistema que contiene especificidades, pautas y roles en el que sus miembros se conectan y regulan funciones que permiten su estabilidad. Como grupo básico de convivencia la familia está “basada en el parentesco, la filiación y la alianza. Sus miembros ligados por sangre o por afinidad, crean una serie de obligaciones y emociones”¹⁵, comparte además entre sí un espacio habitacional, asumiendo roles recíprocos de sostenimiento, afecto, orientación, y satisfacción de necesidades de protección, compañía, alimento y cuidado de sus miembros; es allí donde se forma la personalidad del individuo quien a través del proceso de socialización crea o inhibe grandes vacíos y fortalezas propias de él, así como también la creación del “yo” entendido éste como la forma de ser, pensar y sentir de cada persona.

¹⁴ Estructural-funcionalismo Robertk. Merton y Talcott Parsons. [online] [citado: 16 de Octubre de 2009; 02:55:08] <www.slideshare.net/...talcott-parsons-2063880-

¹⁵ QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. Diccionario especializado en familia y genero 1ª ed. Buenos Aires, Lumen 2007., p.59

Partiendo de lo anterior, la familia se establece como una de las instituciones socializadoras por excelencia, la cual “cumple con la trascendente función social de preservar y transmitir los valores”¹⁶, además de ello, transmitir cultura e identidad a sus miembros, roles y funciones que los determinan en la sociedad; reconociendo que los roles “son papeles sociales que configuran un conjunto de pautas y reglas de comportamiento socialmente identificadas y fácilmente reconocibles, constituyendo un marco de interacción en las relaciones interpersonales”¹⁷, los cuales se regulan y aceptan dependiendo de cada cultura y sociedad. Claro ejemplo de ello es el rol de esposa o madre que asumen las mujeres, unas tienden a ser más dulces, dedicadas y fieles y otras por lo contrario, a ser más desprendidas, aisladas e intolerantes. Con ello demuestran la complejidad del ser humano, además del propio estilo y forma que tienen para asumir sus roles como hijos, hermanos, profesionales, entre otros, los cuales se ven influenciados y/o moldeados por cada estilo de vida familiar.

Para comprender mejor la familia y su forma de organización vista ya no sólo como un subsistema dentro de la estructura de Parsons, se retoma la teoría de sistemas entendido éste como “un conjunto de elementos que están interrelacionados, generando procesos con un fin, propósito u objetivo”¹⁸; ésta interacción se da en un contexto socio-cultural e interpersonal, que funciona según las funciones que desempeña cada uno de sus miembros. Ludwig Von Bertalanffy, establece que un “sistema es una totalidad y que sus objetos (o componentes) y sus atributos (o propiedades) sólo pueden comprenderse como funciones del sistemas total”¹⁹; desde la teoría de la comunicación “un sistema es un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y

¹⁶ GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. La familia en Colombia trasfondo histórico. Universidad de Antioquia. Medellín, 2ª ed., 1997, P. 131

¹⁷ ANDER EGG, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social, Buenos Aires, 1995, P. 128

¹⁸ LÓPEZ DE ECHEVERRI, Olga Lucía. Teoría general de sistemas , 1996, P. 33

¹⁹ QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. Trabajo social y procesos familiares. Buenos Aires. 1ª ed. Lumen, 2004.

entre sus atributos, en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema”²⁰, la mejor forma de entender el objeto es verlo como persona que se comunica y expresa con los demás y que no es un individuo aparte de la sociedad y familia. Ludwig Von Bertalanffy también plantea como “todo organismo viviente es ante todo un sistema abierto”²¹ que tiende a evolucionar y sostenerse en el tiempo bajo su propia autorregulación, en el cual es abierto porque presenta interacción. Bajo esta concepción sistémica podemos encontrar no sólo sistemas abiertos, sino también cerrados (que no tienen interacción con el ambiente; este sistema es más una consideración teórica que práctica puesto que no existe un sistema totalmente cerrado o inactivo) naturales (concernientes a la naturaleza) artificiales (creados por el hombre, máquinas) entre otros; pero para el caso se retoma la familia como sistema abierto el cual presenta interacción no sólo con sus miembros internos sino también con el contexto en el cual está inmiscuida manteniendo con ello una relación jerárquica propia de todo sistema.

El concepto de sistemas en el área de trabajo social con Bertalanffy, parte de “una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos por subsistemas, formando aquéllos, a su vez, parte de unos microsistemas”²², entendido éstos como todas aquellas pautas, valores, ideologías y cultura que regulan y definen la vida en sociedad. Y por los subsistemas como sistemas pequeños que componen el sistema; estos por su parte se clasifican en:

²⁰ BERENSTEIN, I. Familia y enfermedad mental. Ed., Paídos. Buenos Aires, 2001, P, 41

²¹ LÓPEZ DE ECHEVERRI. Op.cit., p. 42

²² FERNÁNDEZ GARCÍA, Tomás. Trabajo social con casos. Madrid. Ed. Alianza, 2005, P. 85

Transitorios, aquellas agrupaciones que se establecen internamente según sexo, edad, intereses y ocupaciones y que cambian a lo largo de la evolución familiar; y básicos y constantes en la vida familiar, que son:

Subsistema conyugal o marital: formado por la pareja que decide unirse a un sistema. Cada uno aporta su historia familiar y antecedentes personales, asimilados y desarrollados en su familia de origen. La función correspondiente es de complementariedad (deben ceder parte de su individualidad para lograr sentido de pertenencia) y acomodación mutua (interdependencia).

Subsistema parental o filial: hace referencia a los padres e hijos y, en tal sentido, se espera que los padres comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y expliquen las reglas que imponen. A medida que el niño crece aumentan sus requerimientos para el desarrollo, tanto de autonomía como de la orientación, lo que exige cambios en el subsistema parental (...). Este subsistema se realiza y construye como organización, por las relaciones recurrentes entre la pareja, no como cónyuges sino como padres, en la realización de las tareas de protección, desarrollo y socialización de la vida de los hijos (...).

Subsistema fraternal: constituido por el grupo de pares o hermanos, donde los niños adquieren y desarrollan sus primeras relaciones con iguales, aprendiendo de esta manera a negociar, cooperar y competir (...). En el subsistema fraterno hay aspectos funcionales, desconocidos para los padres; tienen reglas propias no aplicables en su presencia, hay secretos no descubiertos; en este sentido tiene un proceso de organización social autónomo, que requiere manejarse con autonomía y flexibilidad, sobre todo en el periodo crítico de la adolescencia.²³

Estos subsistemas son los que conforman el sistema mayor, los cuales están separados por límites donde sus interacciones son gobernadas por reglas o patrones específicos según cada estilo de vida familiar, estas se definen en: autoridad y normas, mencionadas por Piedad Estrada y María Eugenia Agudelo en su investigación.²⁴

²³ QUINTERO VELÁSQUEZ. Op. Cit., p. 40-41

²⁴ AGUDELO B., María Eugenia; ESTRADA, A., Piedad. Retomado de la investigación sin publicar: Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en adolescentes del Municipio de Medellín, 2009., p. 21-22

LA AUTORIDAD: se entiende como el poder político que tiene las figuras parentales para cumplir sus funciones de dirección, protección y formación de los hijos, para que su crecimiento se dé en un ambiente propicio, que posibilite la asimilación y la incorporación de normas y valores asociados al comportamiento habitual de sus miembros; la autoridad en la familia es fundamental, ya que permite la administración del hogar, el orden y la fluidez de ésta.

En la Autoridad se distinguen cuatro tipos:

TRADICIONAL O AUTOCRÁTICA: esta tipología manifiesta la imposición de las normas y el apego a la tradición, donde no se acepta ningún tipo de cambio por razonable que sea. Es principalmente restrictiva, negativa, es la autoridad del “no”; los mensajes principales siempre están acompañados del “no”: “no me discutas”, “no me contestes”. Esta tipología aparece principalmente en los momentos de represión y sanción y los espacios de comunicación son restringidos, generando en algunas ocasiones inseguridad en sus miembros dependientes (hijos).

CONSTRUCTIVA O DEMOCRÁTICA: definida como la autoridad en donde cada uno de sus miembros participa en la construcción de las normas, está basada en el ejemplo, en el prohibir acciones pero con razones, en evitar incoherencias. Se preocupa por entender las necesidades y características de las personas a las cuales se les impone la autoridad. Ésta suele ser el modelo ideal para la crianza de los hijos en el cual los padres son coherentes tanto con

las sanciones como en la forma de introyectar la disciplina y los acuerdos con sus miembros. Generando en ellos mayor claridad y confianza sobre lo que se quiere con ellos tanto como hijos como individuos de la sociedad.

CAÓTICA: se caracteriza por la ambigüedad e inconsistencia. Al llevar a cabo una conducta, el miembro del grupo familiar no está seguro de la aprobación o rechazo de actitud, quedando un sentido de confusión y duda. Esta forma de autoridad puede traer como consecuencia rebeldía en los hijos los cuales llegan a un estado de no saber a quién obedecer ni por qué obedecer; además de mayores conflictos ante cualquier situación simple que requiera la intervención de los padres.

PERMISIVA: es la caracterizada por la no presencia de las condiciones básicas de la autoridad. No se manifiestan normas, castigos y/o sanciones y no está presente la figura del padre y/o madre con autoridad, más sí como persona. La aplicación de la norma es evadida o dilatada; este tipo de autoridad también puede generar en los hijos otro tipo de dificultades como lo son la falta de aceptación frente a las normas que regulan la vida de los individuos tanto en sociedad como en la escuela y trabajo donde no se conocen límites ni fronteras de las acciones y cosas.

Para ejercer la autoridad se requiere de normas definidas como las condiciones que se dan con anterioridad para aplicar una orden en la familia; son también entendidas como herramientas con las cuales los padres, adultos o responsables ejercen la autoridad y expresan el afecto hacia sus hijos.

Retomando la familia como sistema y como ésta tiende a mantenerse en el tiempo a través de sus propios límites y/o normas las cuales suelen cambiar sus características según el estado evolutivo o por factores externos que obliguen cambios en ella, se comprende la familia como aquella institución social por excelencia la cual pretende ser estable a lo largo del tiempo; bajo esta concepción sistémica de Berenstein²⁵, se destacan las siguientes propiedades de la familia como sistema:

TOTALIDAD: hace referencia a la no sumatividad de los miembros, ya que éstos son vistos no como la suma de partes del sistema, sino como miembros activos que modifican las condiciones a las cuales están expuestos; de igual forma se tiene en cuenta cómo el cambio o alteración de uno de ellos afecta directamente al otro. Allí se puede presenciar cómo el desempleo, la enfermedad, el duelo, entre otros hechos estresantes, afectan tanto al individuo que padece del infortunio como al resto de integrantes de la familia.

HOMEÓSTASIS: a través de la homeostasis el sistema logra su estabilidad, estado de equilibrio, es una autorregulación extremadamente dinámica, la cual se conoce también con el nombre de metabolismo, concebido éste como el intercambio continuo de energía, materia, e información que tiene cada sistema para poder seguir viviendo, en tal sentido el sistema absorbe, transforma, conserva parte de lo absorbido y elimina el resto, manteniendo siempre su equilibrio.

²⁵ BERENSTEIN, I. Op.cit., p. 42

EQUIFINALIDAD: cuando puede alcanzarse el mismo estado final, partiendo por diferentes caminos y/o alternativas iniciales.

CALIBRACIÓN: mecanismo de estabilización, en el que la familia a través del hábito tiende a resolver sus problemas.

Estas propiedades son las que permiten que la familia funcione y evolucione con el paso del tiempo, alcanzando sus propios objetivos en común y el desarrollo de sus miembros. La familia y su forma de organización también es vista con las siguientes funciones en la sociedad:

FUNCIONES PSICOLÓGICAS: en la familia se vinculan lazos de amor, fraternidad y lealtad, así como también la protección y apoyo para los miembros, quienes logran experimentar desde niños dichos sentimientos que van creando en ellos una identidad determinada, fundamentada en la aceptación y amor familiar, las cuales le permitirán interactuar con otros en sociedad; si esta función falla lo más probable es que el niño o niña crezca con grandes vacíos de identidad, así como también baja autoestima, que facilitarán estados depresivos y cogniciones negativas sobre cualquier experiencia. Es por ello que “la familia ha sido descrita por algunos como un laboratorio donde se aprende a amar, compartir, cooperar, competir y disgustar”²⁶ para poder enfrentarse serenamente a los nuevos retos establecidos por la sociedad.

²⁶ MOLINA VÉLEZ, Beatriz María. El anciano y la familia en: seminario de investigación y experiencias de trabajo con viejos por un proceso de envejecimiento activo. Medellín, 1990., p. 5

FUNCIONES SOCIALES: “la familia debe tener una clara relación con la sociedad y asegurar la transmisión y continuidad de la cultura (...); los valores, las tradiciones, la ideología y las costumbres de un pueblo”²⁷ con el fin de enriquecer y fundamentar la estructura mayor, en su caso la sociedad; puesto que “la familia no se puede estudiar aislada del contexto económico, social, y político, ya que su forma de organización está relacionada con las formas de producción y reproducción socio-cultural de los grupos humanos. Cambios en algunos de estos factores introducen elementos y rasgos de comportamiento nuevos en su composición, en su organización y/o en sus funciones”²⁸ es decir, los grandes cambios evidenciados en la sociedad como lo son la modernización, urbanización, globalización y el modelo político, económico imperante (capitalista), exigen determinados roles y funciones que condicionan la vida del ser humano, además de reajustes en su vida social y familiar para poderse sostener dentro del sistema, sin ser excluidos. Partiendo de lo anterior la familia cumple con funciones sociales tanto en su interior, con sus miembros, como en el exterior con la sociedad.

FUNCIONES BIOLÓGICAS: éstas por su parte se dividen en dos, primero está la satisfacción sexual de la pareja, y la procreación de los hijos, continuando con los cuidados de protección, alimentación, vestido y abrigo, que hay que brindarles, es decir, abastecerlos en sus necesidades básicas de supervivencia, junto con el sentido de autoprotección y preservación de su especie.

²⁷ *Ibíd.*, p.10

²⁸ Familia y cambio en Colombia. Memorias del seminario – taller sobre familia. UNICEF. Ed. Litio, 1989., p. 92

Estas funciones son desempeñadas por cada tipo de familia la cual según su estructura y/o forma de organización se establecen en diferentes tipologías las cuales son:

FAMILIA NUCLEAR: conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación (...)

FAMILIA EXTENSA O CONJUNTA: está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales; recoge varias generaciones que comparten habitación y funciones (...)

FAMILIA AMPLIADA: modalidad derivada de la anterior, en tanto permite la presencia de miembros no consanguíneos o convivientes afines, tales como vecinos, colegas, paisanos, compadres, ahijados. Comparten la vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva; están ubicadas en el campo y barrios periféricos de las ciudades, caracterizándose por estrechos lazos de solidaridad y apoyo mutuo.

FAMILIAS CON UN SOLO PROGENITOR O MONOPARENTALES O UNIPARENTALES: ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzados (trabajo, cárcel, etc.) de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven; la relación de pareja que esto supone varía desde la cohabitación en fluctuaciones temporales, hasta vínculos volátiles

ESTRUCTURA UNIPERSONAL O CICLO INDIVIDUAL U HOGAR UNIPERSONAL: corresponde a personas solas que no comparten la vivienda. Surge por opción o necesidad, independientemente de su situación afectiva, lo que no excluye el desarrollo de relaciones erótico-afectiva o de pareja y filiales (...).²⁹

²⁹ QUINTERO VELÁSQUEZ. Op. Cit., p. 19, 20 y 21.

Para que la familia logre los objetivos previstos se requiere que mantenga un equilibrio entre sus funciones y miembros quienes según su rango o estatus se desempeñan, apareciendo en el sistema social como un agente de control social, ejerciendo autoridad sobre las personas con el fin de generar adaptación, estabilidad y supervivencia durante todas las etapas del desarrollo de sus miembros, en especial durante el periodo crítico de la adolescencia, en el que el individuo carece de madurez y requiere una socialización con otras instituciones para consolidarse como actor social, consciente y responsable de sus actos; en esta etapa, la adolescencia, el individuo confronta sus valores ya que deja de lado la niñez para entrar en la adultez.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas (...). Vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor. Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia. También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares. El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento.³⁰

Este período de transición es un tanto crítico y complejo al cual padres y adolescentes temen. Los padres porque en muchas ocasiones ignoran los

³⁰ COBO OCEJO, Paloma. La depresión en los adolescentes. En Revista Mexicana de Orientación Educativa. N°8, Marzo-Junio de 2006. [online] [citado: 20 de octubre de 2009; 08:50:23] <<http://www.remo.ws/revista/n8/n8-cobo.htm>>

cambios físicos y emocionales del hijo, sumado a ello el temor que representa el cómo acercarse sin ser rechazados y en los adolescentes porque temen el descontrol y más aún porque se sienten incomprendidos; viven en la ambivalencia de ser tratados en algunas ocasiones como adultos y en otras como niños. Actualmente ni la psicología y ninguna otra profesión ha elaborado una teoría donde se plantee el manejo o la superación de los comportamientos y/o cambios emocionales que se generan en la etapa de adolescencia; aun a los padres se les dificulta comprender que los hijos crecen y pueden pensar y actuar por si solos, o entender los cambios de carácter inexplicables e impredecibles, donde en ocasiones se sienten como si no conociesen a su hijo y pareciera como si fuera un nuevo u otro miembro de la familia; temen apoyarlo en su deseo de tener mayor independencia, ya que en algunas ocasiones éste opta por tomar posturas de grandeza en el que creen lo suficientemente maduros e inteligentes para afrontar todos los obstáculos que la vida le enfrenta; los padres sienten temor para apoyar a su hijo hacia un estado de independencia pensando en algunas ocasiones pueda caer en las drogas o el alcohol, olvidando así compartir con él y de su nueva etapa de crecimiento en la cual requiere nuevos valores y formas de ver la vida aceptadas tanto en familia como en sociedad.

Según la Revista de Infancia, Adolescencia y Familia de Bienestar Familiar³¹, los códigos vinculares, como las formas de expresión, los intereses, las necesidades, el lenguaje y las ideas que sostienen la conducta del adolescente son encontradas y aprendidas en su ámbito familiar. Para ello, se destacan los siguientes patrones que repercuten en la dinámica familiar a partir del comportamiento del adolescente en su estado maduracional.

³¹ MENDIZABAL RJ, Anzures LB La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex 1999., p. 191-197.

- Aquel que se presenta cuando los padres intentan retardar el ciclo de vida de sus hijos, mientras que el adolescente intenta acelerar su propio proceso.
- Una familia donde ambos padres, hijos e hijas adolescentes tratan de retardar el proceso maduracional.
- Padres e hijos intentan acelerar sus ciclos de vidas y terminan demasiado rápido con las tareas y la naturaleza de los lazos interpersonales propios de la familia.
- Los padres intentan acelerar los eventos propios del ciclo de vida y los hijos muy ansiosos a cerca de la independencia y separación intentan retardar su propio crecimiento y desarrollo.

Estos patrones resaltan cómo enfrenta la familia y el adolescente ésta nueva etapa de sus vidas en la cual muchas veces tiende a ser forzada o retardada, por falta de madurez y/o negación ante los cambios que esto representa, dado a que el adolescente tiende a tener nuevas experiencias o conductas inapropiadas tanto para la familia como para la sociedad en general; “en términos de mortalidad o morbilidad juveniles se pueden citar: el consumo de sustancias químicas en exceso, la conducta sexual temprana se liga al aumento de embarazos precoces y a enfermedades sexuales transmisibles y conductas impulsivas y violentas son frecuentes a esta edad”.³²

Durante la infancia, un estilo educativo culpabilizado y muy crítico, con bajo nivel de afecto por parte de los padres (sobre todo de la madre), acompañado de un alto grado de control, puede predisponer a la aparición de cuadros depresivos en la edad adulta. Distintas enfermedades, entre otras la depresión, suelen ir precedidas de un aumento de sucesos vitales estresantes. La pérdida del empleo, un fallecimiento, una separación o incluso otros factores externos pueden ser una fuente importante de estrés. La mayoría de estos acontecimientos ocurren en el seno de la familia. Asimismo tener la vivencia de que nuestra familia no ejerce adecuadamente su función de apoyo material y

³² SILBER, Tomas J. MUNIST, Mabel M. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud 1992. Organización Mundial de la Salud. Washington., p. 428

afectivo puede favorecer la aparición de un cuadro depresivo. Principalmente la falta de afecto o confianza en el cónyuge constituyen un factor de riesgo de aparición y evolución de síntomas depresivos.³³

Desde la infancia se comienzan a adoptar diferentes posturas de comportamiento de acuerdo al nivel de educación, afecto, entorno familiar y otros aspectos relacionados con la psicológica y/o corporal que al paso de los años en la adolescencia se reafirman definiendo su personalidad y por ende ser independiente y autónomo en la toma de sus propias decisiones; así sea criticado y juzgado constantemente por el mundo adulto donde sufre confrontaciones y desequilibrios debido a los diversos cambios dinámicos que generan día a día en su maduración. “Cabe agregar que todos los cambios por los que pasa el adolescente surgen del hecho de la inestabilidad emocional propia de la edad, con variaciones en su autoestima, hacen a la adolescencia de por sí una etapa de riesgo, los ensayos y las experiencias permanentes de los jóvenes realizan a fin de definir su identidad y estructurar su personalidad lo pueden exponer al fracaso, que si es reiterado los hace vulnerables”.³⁴

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, “afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.”³⁵ Históricamente la depresión siempre ha estado presente en hombres, mujeres y niños. Una de las primeras referencias de la que se tiene constancia es “la *Ilíada* de Homero, que describe con el término manís (manía) la cólera de Aquiles tras serle arrebatada la doncella

³³ REVUELTA, Ignacio; CS Rafael Alberti. GTD en salud mental. SoMaFYC. Depresión y Entorno Familiar. Sección: psiquiatría. [online] [citado: 23 junio de 2009; 04:30:17] <<http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar>>

³⁴ GUTIÉRREZ, Dulanto. *El Adolescente*. Ed. Mc Graw Hill, Interamericana de Autores. México. 2000., p.1322

³⁵ Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana (CISD). [online] [citado: 14 de Agosto de 2009; 02:35:25] <www.depression.psicomag.com/>

Briseida... no obstante el primero en elaborar una teoría coherente sobre las relaciones de los estados anímicos extremos fue Areteo de Capadocia en el siglo I a. de C. quien entendía la melancolía y la manía como las dos caras de la misma moneda, los estados tranquilo y agitado, respectivamente, del mismo proceso morboso”.³⁶

Actualmente se tiene en cuenta los siguientes parámetros para su diagnóstico:

Afecto: se puede encontrar tristeza, deseos de llorar, disminución de la reactividad a eventos externos, pérdida de placer e interés por actividades usuales placenteras, baja autoestima, apatía y sensación de vacío (...).

Pensamiento y cognición: disminución de la concentración, baja productividad, enlentecimiento del pensamiento y del lenguaje, dificultad para tomar decisiones, culpa inapropiada (...).

Manifestaciones somáticas: en los depresivos se encuentra insomnio, hipersomnia, disminución o aumento del apetito con sus consecuencias respectivas con el peso, disminución de la actividad sexual, disminución de la vitalidad, fatigabilidad, disminución de la energía. Por otra parte, una serie de quejas somáticas como dolores de cabeza, espalda y de otras partes del cuerpo.³⁷

La depresión es un trastorno afectivo, entendido éste como “una alteración del estado del ánimo”,³⁸ el cual es producido por factores multicausales; es decir, sus causas pueden ser biológicas, psicológicas o sociales: en las biológicas “las investigaciones dan cuenta de la asociación de bajos niveles de serotonina

³⁶ CHINCHILLA MORENO, Alfonso. La depresión y sus mascararas: aspectos terapéuticos , ed. Panamericana , 2008 pág. 20

³⁷ GÓMEZ RESTREPO, Carlos, HERNÁNDEZ BAYONA, Guillermo. Fundamentos de la psiquiatría clínica: niños adolescentes y adultos 1ª ed. Centro Editorial Javeriano., p. 409

³⁸ *Ibíd.*, p.404

(...) la función principal aparente de la serotonina es regular nuestras reacciones emocionales. Por ejemplo somos más impulsivos, y nuestros estados de ánimo varían más ampliamente, cuando nuestros niveles de serotonina están bajos (...) esto permite que otros neurotransmisores oscilen más ampliamente, se desregulen y contribuyan a las irregularidades del estado del ánimo, incluida la depresión”.³⁹ En las psicológicas se tienen en cuenta sucesos de vida estresantes a los que estuvo expuesto el individuo; cabe resaltar como “un 60 y un 80% del origen de la depresión podía atribuirse a experiencias psicológicas. El estrés y los traumas se encuentran entre las contribuciones más sorprendentes a la etiología (estudio de las causas de las enfermedades) de los trastornos psicológicos”⁴⁰ y por último se tiene en cuenta la dimensión social⁴¹, en esta última influyen diversos factores como: el estado civil (la depresión se presenta con más frecuencia en personas cuyo estado civil es separado, soltero y divorciado); el sexo (según la epidemiología psiquiátrica la depresión se presenta más en hombres que en mujeres en una relación de 2 a 1) y la condición socioeconómica (la condición socioeconómica baja se presenta como un riesgo para padecer del trastorno, debido a que el individuo tiende a preocuparse más por su sostenimiento).

En la actualidad las problemáticas a nivel social y familiar que tienden a complejizarse cada vez más y ponen en riesgo la salud mental de los seres humanos; por ello es necesario que el Trabajador Social no esté ajeno a esta realidad, que constantemente atenta contra la estabilidad psicosocial de las personas y por ende la estructura familiar como sistema. “Todo campo de acción profesional se estructura con ciertos imperativos sociales que plantean como necesario un tipo de práctica determinada. Dichos imperativos sociales se estructuran a partir de los obstáculos que surgen del proceso de producción y reproducción de la vida social, derivados de las contradicciones estructurales

³⁹ BARLOW, David H. Psicopatología. 3ª ed. Thompson, 2003., p. 226

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 228

⁴¹ CHINCHILLA MORENO. Op. cit., p. 94.

que caracterizan a cada sociedad”⁴². Es allí, donde el trabajo social se introyecta en campo específico de la salud mental, para atender la demanda social existente e intervenirla; partiendo de reconocer la salud mental como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos”⁴³. El trabajador Social está llamado a incorporarse a este tipo de intervenciones donde no sólo está en juego la integridad del paciente sino también la estabilidad del grupo familiar y social, donde cada persona tiene la necesidad y capacidad para relacionarse con otras personas, con la familia y con el entorno social que la rodea, teniendo un buen vínculo con el otro, en pocas palabras, que su comportamiento y relaciones interpersonales estén estables y adecuadas, logrando así, un equilibrio emocional tanto en su interior como en su interacción social.

En esta importante labor es necesario identificar las características y la dinámica al interior de la familia, tales como son sus necesidades, situaciones patológicas, recursos, valores, educación y todos aquellos aspectos que sirvan como estrategia para el estudio y tratamiento no sólo del paciente sino también de todos los integrantes del núcleo familiar. La Labor del Trabajador Social en el Hospital Mental de Antioquia se centra principalmente en 3 acciones fundamentales:

Acciones Promocionales: parte inicialmente de tareas educativas dirigidas a la familia “encaminadas a un mejor conocimiento de sí misma y de sus funciones, que le permitan con una adecuada información darse cuenta de sus posibilidades y riesgos, constituyen una labor de promoción de salud mental y

⁴² GARCÍA SALORD, Susana. Especificidad y rol en trabajo social. Ed. Lumen Hvmanitas, 1998., p. 17

⁴³ OMS. Temas de salud. Salud Mental. En Organización Mundial de la Salud. [online] [citado: 29 agosto de 2009; 10:14:09] <www.who.int/topics/mental_health/es/>

asimismo de prevención primaria inespecífica”⁴⁴. La intervención en esta actividad también se le brinda a la comunidad como campo de influencia al paciente en su recuperación.

Acciones preventivas: dirigidas “tanto al fortalecimiento inespecífico de la personalidad, como a la prevención específica del riesgo, las acciones estarán fundamentalmente centradas en la prevención del ajuste y la inestabilidad familiar, en la preparación para encarar la problemática psicosocial determinada por los ciclos vitales”⁴⁵. Para ello es importante detectar cualquier tipo de patología (alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar, etc.) oportunamente con el fin de brindar un tratamiento eficaz; sin olvidar el acompañamiento no sólo de la familia sino de la comunidad en general.

Acciones de rehabilitación: “la intervención terapéutica, con la familia como unidad de tratamiento, está indicada cuando después de una cuidadosa evaluación de la unidad familiar, de su funcionalidad o disfuncionalidad y de sus niveles de satisfacción y bienestar, se considera que su insatisfacción y malestar son factores básicos del trastorno sintomático de uno de sus miembros, que puede estar expresando así el sufrimiento del sistema”⁴⁶. Una rehabilitación basada en la adaptación del paciente a su familia, su trabajo, sus amigos, a la comunidad y principalmente en su estado psico-afectivo, donde no sólo participa el trabajador social sino todo el equipo interdisciplinario; así el proceso de mejoramiento del paciente comienza desde que ingresa al hospital, se desarrolla a lo largo del tratamiento tanto con medicamentos y un trabajo conjunto familia o paciente, hasta el logro de la independencia del joven hospitalizado en el equilibrio pleno y armónico de su vida.

⁴⁴ FERRER, C: *Psiquiatría comunitaria: Tratado de psiquiatría*. Arán Ediciones S.A. Madrid, 2000., p. 136.

⁴⁵ BECERRA DE LEDESMA, Rosa: *Elementos Básicos para el Trabajo Social psiquiátrico*. Ed. ECRO. Argentina, 1972., p. 136.

⁴⁶ RAYMUNDO, Macías. REV. *Un modelo de evaluación en terapia familiar.*, p. 177.

Dentro del quehacer del trabajador social y el papel que desempeña dentro del campo de la salud mental, es de vital importancia destacar las funciones que se requieren desarrollar con las familias en el proceso de acompañamiento, cohesión e integración de todos los miembros del mismo a partir de la Terapia Familiar. “La Terapia Familiar es un enfoque que transforma las pautas interactivas disfuncionales entre individuos y fuerzas sociales significativas en la vida de una persona”⁴⁷; llamemos “fuerzas sociales” al ambiente social en el que hace parte la familia, amigos, vecinos y todas aquellas personas que repercuten de una u otra forma en la salud mental del paciente. Este tipo de intervención ha recibido aportes valiosos desde la teoría general de sistemas a partir del creador Ludwig Von Bertalanffy donde enfatiza a la familia en un sistema social especialmente significativo para entender el funcionamiento humano y promover el cambio. Si el individuo hace parte de ese sistema familiar organizado, nunca será totalmente independiente y podrá ser comprendido solamente en su contexto. Como un todo organizado que parte fundamentalmente en la recuperación y transformación de nuevas formas de relación.

⁴⁷ Terapia Familiar: el tratamiento de elección para los adolescentes. España. 1989., p.15.

5. MARCO LEGAL

Partiendo de denominar la enfermedad mental como afecciones o síndromes psíquicos y conductuales opuestos a la de los propios individuos⁴⁸ que deteriora sustancialmente la salud mental, se reconoce además como la persona con enfermedad mental se define como aquella que requiere cuidado, tratamiento o control para su propia protección y la protección de otros, según la gravedad de los síntomas, debido a que algunos de estos requieren de especial cuidado y tratamiento por que algunos de los individuos son incapaces de manejar su propia persona y/o sus asuntos personales, la enfermedad mental es un trastorno que requiere que tanto la familia como el Estado se hagan partícipes en la vida del enfermo, con la clara finalidad de fortalecer en él, las capacidades y necesidades requeridas en el sistema como población vulnerable, incluyendo su bienestar y desarrollo como individuo integro dentro de la sociedad. Sin embargo, se debe hacer claridad que al hablar de discapacidad no desmerita o reduce a los enfermos mentales como seres humanos incapaces de realizar alguna actividad; no obstante, las personas con un trastorno mental deben recibir otro tipo de trato y atención para lograr mayor productividad y mejor desempeño de sus roles y funciones establecidas en sociedad.

Desde una esfera internacional, las normas uniformes de la O.N.U. (Organización de Naciones Unidas) con respecto a la salud definen:⁴⁹

⁴⁸ JIMÉNEZ, HEIDI V.; VÁSQUEZ, JAVIER El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. En Revista Panamericana de Salud Publica vol.9 no.4 Washington Apr. 2001[online] [citado 5 de Agosto de 2009; 08:05:10] < http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000400016&script=sci_arttext >

⁴⁹ Comité Consultivo Nacional para personas con discapacidad. En Ministerio de Protección Social República de Colombia [online] [citado 28 de junio de 2009; 10:50:45] < <http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/salud.html> >

Los estados deben asegurar la prestación y atención médica eficaz para las personas con discapacidad, así mismo asegurar la prestación de servicios de rehabilitación a fin de lograr alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad de dichas personas haciendo ejercer en ellos sus derechos; dado a que todos los seres humanos tienen derecho a gozar de un buen estado físico y mental, es decir, de un entorno saludable e independiente para desarrollar todas sus capacidades de manera digna e integral. En las personas con discapacidad este derecho significa la posibilidad de acceder de manera eficiente y oportuna a los servicios de salud, sin ningún tipo de discriminación por motivo de la discapacidad.

Se destaca además como en Colombia, por la falta de recursos y efectividad de las de las políticas públicas y/o sociales los procesos de recuperación, rehabilitación laboral y emocional de la persona con discapacidad no se logran brindar de manera eficiente con el fin de que éste pueda insertarse en familia y sociedad. En el cual su responsabilidad de brindarle atención a los discapacitados desde un ámbito integral, queda limitado al no potencializar de manera eficiente sus diferentes esferas como ser humano, puesto que se atiende al enfermo mental sólo en la crisis y se pretende además estabilizarlo solo con los medicamentos psiquiátricos dejando de lado la oportunidad de lograr modificar y/o mejorar las condiciones sociales detonantes o estimulantes de sus estados críticos.

A partir de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993 se creó en Colombia el Sistema General de Seguridad Social y Salud. Con este Sistema, se busca lograr un servicio de salud más solidario y equitativo entre todos los ciudadanos, y que los que tienen mayores ingresos, subsidien a los menos favorecidos.

Con base en este criterio es que encontramos que los servicios de salud de prestan a través de las Administradoras del Régimen Contributivo, que es el caso de las EPS o del Régimen Subsidiado, mediante las ARS.

Las personas con discapacidad son una población vulnerable, y por lo tanto, su acceso a los servicios de salud debe ser una prioridad para los alcaldes y los gobernadores, que son los que focalizan los recursos en salud, según lo señalado en la Ley 715 de 2002.

La Ley 361 de 1997 señala que las personas con discapacidad deben estar identificadas como tales en el carné de afiliación al Sistema de Seguridad en Salud, que les servirá para reclamar sus derechos específicos. Este carné debe indicar el tipo de discapacidad que posee la persona, si es física, psíquica o sensorial. (Resolución 02178 de 1998)

Igualmente, es importante recordar que el Comité Nacional para la Protección del Menor Deficiente- (Decreto 2737 de 1989, Título 7 Capítulo 2 artículos 229 y 230) está encargado de prevenir y detectar las deficiencias en los menores y dar subsidios familiares para el acceso a los servicios de salud de estos menores⁵⁰.

Retomando un ámbito macro, la Declaración de los Derechos del enfermo Mental constituyó la primera invocación de las Naciones Unidas para que se adoptaran medidas para la protección este tipo de personas en el plano nacional e internacional. En el cual a partir de lo estipulado en 1991, la Asamblea General aprobó los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental Estos principios se consideran el estándar internacional más completo y detallado que protege a las personas con discapacidad mental y constituyen una guía importante para los Estados en la tarea de evaluar los sistemas de salud mental y sus prácticas expuestos a continuación.

⁵⁰ *Ibíd.*

PRINCIPIO 1

Libertades fundamentales y derechos básicos

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.
5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.
6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trata no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.
7. Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se

adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

PRINCIPIO 2

Protección de menores

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

PRINCIPIO 3

La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

PRINCIPIO 4

Determinación de una enfermedad mental

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.
2. La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.
3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.
5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental lo con las consecuencias de ésta.

PRINCIPIO 5

Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

PRINCIPIO 6

Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

PRINCIPIO 7

Importancia de la comunidad y de la cultura

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.
2. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.
3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

PRINCIPIO 8

Normas de la atención

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.
2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

PRINCIPIO 9

Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.
4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

PRINCIPIO 10

Medicación

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud Mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.
2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.⁵¹

Los Principios establecen que las personas con enfermedad mental tienen derechos y libertades fundamentales reconocidos en las declaraciones y convenciones generales de derechos humanos en el cual se les brinda protección y mayor amparo; pero actualmente es visto como los índices de

⁵¹ Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adopción: asamblea general de la ONU, Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991[online] [citado 28 de junio de 2009; 14:30:45] <<http://ordenjuridico.gob.mx/tratlnt/derechos%20humanos/otros%2014pdf>>

enfermos mentales aumentan cada vez más, en el que las instituciones competentes para dicha atención cuentan con escasos e ineficientes recursos que impiden mayor cobertura para la población por ello es importante reforzar la ayuda que brinda el gobierno y obtener mayor respaldo de este y de entidades privadas para mejorar dicha atención puesto que se parte de la idea de que son personas con derechos que tienden a ser estigmatizadas, y marginadas constantemente en sociedad. En el que afecta física y psicológicamente a la persona es por ello que no hay que “poner en duda que necesitamos de otros y que otros nos necesitan. Lo que constituye el requerimiento de seguridad por respaldo social”⁵². Ese respaldo social se basa básicamente en una mejor atención de calidad, la accesibilidad a dichos cuidados, la protección de los derechos civiles y la protección y promoción de derechos en otras áreas.

⁵² PAUCHARD, HÉCTOR.; PAUCHARD, PAULINA. Reglas para Mantener y Mejorar la Salud Mental. En avances en relaciones humanas [online] [citado de Agosto de 2009; 08:05:10] <www.relaciones-humanas.net/saludm.html>

6. MARCO HISTÓRICO

A través de lo largo de historia los enfermos mentales han pasado por diferentes etapas no siendo unas menos discriminantes que otras, en las que su modelo de atención para ser abordados han hecho posible que la concepción de estos cambie y evolucione con el tiempo, donde la mirada del “loco”, “poseído” o “inadaptado” que se tenía antes han sido superadas; por “el enfermo mental” pero no borradas del imaginario colectivo del individuo; en el que su tratamiento ha pasado tanto por las manos de la iglesia como de la medicina moderna.

Desde 1875 hasta el presente, nuestro “loco” o “enfermo mental” ha tenido un manejo asistencial, en la que siempre se ha tratado de “aislarlo” o “encerrarlo”, a través de asilos, casas de caridad y/o instituciones psiquiátricas. Para comprender mejor su evolución se distinguen las siguientes etapas o modelos acordados en sociedad para su tratamiento que van desde 1892⁵³ etapa caritativa en las que los ricos se organizan y trasladan a estas personas a cárceles o casas de beneficencia, de 1892 a 1914, la atención humanitaria se basaba en una orden moral interna pero aun consistía en intentar al “loco” sin brindar otro tipo de ayuda, (“etapa asilar”), de 1915 a 1950 se introduce el trabajo terapéutico, sedante y quirúrgico respaldado por los alienistas enfermeras y hermanas de la caridad (“la institución manicomial y campo del alienista”) de 1951 a 1969 surgen métodos Neuroquirúrgicos, se arraiga la concepción de que la enfermedad mental es un trastorno del cerebro. Época de más expansión de la atención psiquiátrica en Antioquia, donde se caracteriza por tener un ambiente hospitalario, pero aún con carácter asilar. Se inicia actividades de asistencia social muy superficiales, como también actividades ocupacionales, la psiquiatría configura progresivamente su

⁵³ DE LOS RÍOS, Alfredo. Un siglo de Psiquiatría en Antioquia. Boletín Comité de Historia de la Medicina, Vol. 3 No. 1. Universidad de Antioquia, Medellín 1981., p. 8-27.

identidad como especialidad médica. (“la institución neuro-psiquiátrica”) de 1970 en adelante se consolida el carácter hospitalario y la atención psiquiátrica con servicio de hospitalización, consulta externa y asistencia medico quirúrgica, la ideología psiquiátrica se enriquece con las diversas corrientes de la psiquiatría norteamericana y coexisten diferentes concepciones, desde las predominantes organicistas hasta las tendencias de orientación psicodinámica con tratamientos terapéuticos biológicos, electro convulsivo y psicofarmacológicos; se mejora lentamente las actividades de trabajo social y se desarrolla la docencia y entrenamiento de residentes.

Para comprender mejor la evolución del tratamiento de los pacientes psiquiátricos se resaltan las siguientes etapas:⁵⁴ de 1920 a 1937 los tratamientos se basaban en aislar a los pacientes en el que se utilizan esposas y sacos de fuerza; así como también sedantes. De 1950 a 1955. Se da una época de transformación de los tratamientos anteriores y se inician nuevos métodos neumoterapia, psicoterapia y psicocirugía, se intensifica la organización en materia estadística y trabajo social y se introducen nuevos medios de diagnóstico, electroencefalografía, radiología y psicodiagnóstico de Rorschach. Y en 1955 en adelante se inicia el trato humano al paciente, e incorporación de equipos terapéuticos y profesionales del área social, los cuales permitieron superar en un tanto el servicio asilar en el que el paciente permanece durante meses o años “encerrado” pasando a ser mirando como parte de un todo, el cual tiene derechos y deberes y por lo tanto puede y debe convivir con su familia y disfrutar del entorno social que lo rodea.

Para tratar este tipo de personas “El 13 de abril de 1878 mediante acuerdo de la misma fecha, la Corporación Municipal de Medellín dispuso la creación de un "Hospital para locos" que comenzó a funcionar en diferentes casas alquiladas

⁵⁴ Historia. Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquia. [online] [citado: 15 de diciembre de 2009; 13:20:50] <<http://www.homo.gov.co/html/inte.asp?sec=2&pag=1>>

del municipio de Medellín”⁵⁵ y diez años más tarde a través de la ordenanza No. 24 paso a llamarse manicomio departamental, en 1970 mediante la ordenanza 12 fue denominado establecimiento público del orden Departamental con autonomía administrativa, patrimonio propio y presupuesto descentralizado. Y el año de 1994 se transformó en Empresa Social del Estado, mediante la ordenanza número 17 del 02 de diciembre de 1994. En mayo de 2006 abrió una nueva sede de atención ambulatoria en Medellín ubicada en el Centro Comercial Almacentro local 246 para la prestación de servicios de consulta externa en psiquiatría general, psiquiatría infantil, neurología, psicología, neuropsicología y terapia grupal para pacientes con trastornos psiquiátricos, terapia de apoyo para pacientes y sus familias y programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental para grupos, empresas e instituciones. Así mismo es nueva sede presta servicio farmacéutico especializado en psiquiatría con venta al público en general.

En diciembre del año 2007 la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia certifica sus procesos del sistema integrado de gestión en la norma técnica colombiana de gestión pública 1000. Convirtiéndose en el primer hospital público certificado en dicha norma; se resalta entonces como a lo largo de la historia el paciente psiquiátrico asido asistido con nuevos y mejores tratamientos los cuales han logrado “mejorar sus condiciones de vida”; pero se reconoce además como las intervenciones actuales requieren más trabajo e intervención en el área social y familiar las cuales logran desestabilizar al paciente a pesar de llevar un correcto tratamiento farmacológico.

⁵⁵ *Ibíd.*

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 ENFOQUE

Partiendo de la idea que la investigación cualitativa permite describir, comprender e interpretar los fenómenos a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes, la investigación a realizar se orienta en el enfoque cualitativo, puesto que resalta las experiencias de cada individuo, donde el mundo social se crea y se transforma a partir de sus propias realidades. Realidades que merecen ser vistas e interpretadas desde una esfera social, ya que el ser humano es en esencia social y es la interacción con su exterior la que lo fundamenta en conocimientos y habilidades necesarias para su correcto desenvolvimiento en la sociedad, donde se toma la familia como primera institución social a la cual pertenece el individuo para fundamentarse como ser humano social, ya que allí se aprende a amar, compartir, disgustar e interactuar con los demás donde esta relación se da y se comprende según las particularidades de cada individuo, familia y sociedad. Las cuales serán comprendidas e interpretadas para concluir certeramente sobre la relación existe entre la aparición de la depresión de adolescentes con relación a su entorno socio familiar.

Además de ello, este enfoque permite determinar cómo a través de los modelos empleados por cada familia para facilitar la vida y supervivencia de sus miembros, pueden repercutir directamente con la aparición del trastorno anímico, para este caso la depresión.

7.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

7.2.1 Explicativa: Debido a que en la investigación a desarrollar, se determinará si existe una relación directa entre la interacción del individuo con su entorno socio familiar para la aparición de la depresión; además de ello se describirá el rol del trabajador social en el proceso de recuperación y estabilización de los pacientes, los cuales están inmersos en una realidad que es necesaria comprender e interpretar a partir de cada particularidad o experiencia vivida con el fin de que se den modificaciones que favorezcan la estabilidad de los pacientes.

7.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

7.3.1 No experimental: Puesto que el propósito se centra en observar fenómenos en su estado y contexto natural, para luego analizarlo, no constituyéndose así situaciones, sino observar las ya existentes, a partir de recolección de datos que se centrarán en la entrevista, las experiencias vividas, rastreo documental (historias clínicas de pacientes con depresión del Hospital Mental de Antioquia).

7.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Como unidades de análisis se identifican las siguientes: Entorno socio familiar, Rol del Trabajador Social, Depresión, Tratamiento.

7.4.1 Entorno Socio familiar: comprendiendo que el entorno es el ambiente

que rodea una realidad, la familia el núcleo o epicentro donde se forma el individuo, y la sociedad un conjunto de individuos que comparten una cultura y que se relacionan entre sí podemos decir que la familia y la sociedad son dos sistemas sociales encargados de estructurar y/o educar al individuo, el cual a partir de sus percepciones, va construyendo su propia realidad; la cual para esta investigación se retoma y reconoce desde la particularidad para dar respuesta concreta sobre si existe tal relación del entorno socio familiar con la aparición de la depresión en pacientes adolescentes hospitalizados en el HOMO (Hospital Mental de Antioquia).

De igual forma se toma como unidad de análisis el entorno socio familiar puesto que se reconoce como una de las necesidades primordiales que tiene el ser humano desde su nacimiento es la necesidad de pertenecer a un grupo familiar, el cual le permite socializarse y adquirir valores y principios específicos, que lo caracterizan como persona, donde no se desconoce cómo el entorno (sociofamiliar) va tomando importancia en el ser humano, de tal forma, que una situación que ocurra dentro de alguno de los dos sistemas (familia/sociedad) afecta en algún grado la estabilidad emocional del individuo.

7.4.2 Rol del Trabajador social: Reconociendo que el trabajo social promueve los principios de los derechos humanos, la igualdad, y justicia social, por medio de teorías sociales que facilitan la comprensión de la realidad del individuo y de los sistemas sociales, su rol específicamente se centra en la resolución de problemas sociales, y en generar un cambio social a través de la autonomía de las personas, y de sus relaciones tanto humanas como en su contexto.

El rol del trabajador social se toma como unidad de análisis dado que permite acercarse al paciente desde su esfera social, reconociéndolo como persona

que está inmersa en una familia y sociedad, la cual en la mayoría de veces necesita de una atención no sólo biológica, aportándole medicamentos para la estabilización de su enfermedad mental, sino además de ello un apoyo y/o orientación en cuanto a la forma de manejar los conflictos derivados de su trastorno, en donde el trabajador social es un sujeto con capacidades y fortalezas para la atención de dichos casos, los cuales se tendrán en cuenta en esta investigación no sólo para describir su rol, sino además para dar respuesta oportuna a la pregunta investigativa, ya que el trabajo social actualmente ha innovado en sus diferentes modelos de intervención que dan frente a problemáticas actuales, para el caso en la salud mental donde se reconoce tanto al paciente con sus intereses y necesidades humanas, las cuales requieren ser satisfechas y adoptadas a su medio social, como su enfermedad mental que en muchas ocasiones no es sinónimo de incapacidad frente la vida, sino falta de oportunidades, se hace necesario fomentar planes de promoción, prevención y educación sobre la salud o enfermedad mental, así como también en una emancipación de los derechos y deberes de los pacientes psiquiátricos, enmarcados en el cumplimiento de los derechos humanos, derechos de los pacientes psiquiátricos y en el derecho a la salud constituida legalmente en nuestro Estado. Esta unidad de análisis es de vital importancia ya que además de arrojar información valiosa, permite moldear el rol del trabajador social en el tratamiento con los pacientes depresivos a través de un enfoque sistémico que proporciona la comprensión y análisis de una totalidad y su complejidad, puesto que la naturaleza del individuo no es independiente a las condiciones ambientales, sociales, político y culturales en las que vive, ni producto de una genética psíquica, sino que su naturaleza es producida por una interrelación entre sujeto, familia y sociedad.

7.4.3 Depresión: se toma como unidad de análisis ya que el eje central de la investigación se indagará si existe una relación directa entre el contexto socio familiar y la aparición del trastorno anímico que se caracteriza por una tristeza que impide realizar tareas habituales y trae como consecuencia la pérdida del

placer frente las cosas y frente a la vida en general.

7.4.4 Tratamiento: reconociendo que el término denota un seguimiento médico terapéutico que se le brinda a un paciente con el fin de mejorar su estado emocional y mental y lograr además un equilibrio en éste, esta investigación se considera dado que los pacientes depresivos cuentan con un tratamiento, el cual, según criterios médicos, es necesario llevar para poder continuar con sus tareas habituales; además de ello porque se tendrá en cuenta su efectividad en casos concretos como lo son en pacientes que no cuentan con una red de apoyo familiar y social o en aquellos casos en los que esta misma red es la encargada de generar estados de crisis y alta vulnerabilidad frente a la enfermedad mental.

7.5 CATEGORÍAS ANALÍTICAS INICIALES

Como categoría analítica inicial se tiene el rol del trabajador social ya que a través de la experiencia de práctica profesional adquirida en el HOMO (Hospital Mental de Antioquia), se reitera la importancia de éste como agente generador y/o promotor del bienestar social, en especial porque se tiene presente tanto la gran vulnerabilidad de los pacientes como sus potencialidades para mejorar su calidad de vida.

7.6 ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO

Se tiene en cuenta la Teoría General de Sistemas (TGS) planteada principalmente por el autor **Ludwing Von Bertalanffy**, quien establece que un

sistema es una totalidad y que sus objetos (o componentes) y sus atributos (o propiedades) sólo pueden comprenderse como funciones del sistema total, es decir, esta teoría afirma que las propiedades de los sistemas no pueden ser descritos en términos de elementos separados sino comprendidos globalmente puesto que un sistema no es una colección aleatoria de componentes, sino una organización interdependiente en que la conducta y expresión de cada uno influye y es influida para todos los otros.

Es por ello, que esta investigación se apoya en la teoría general de sistemas, al determinar que el objeto de estudio, el cual es el paciente con depresión, no es un objeto aislado, sino que hace parte de un sistema: la familia y la sociedad. Cada sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad. En este enfoque holístico o totalizador, cada elemento de la realidad es captado en su articulación dinámica con el conjunto o sistema global. Desde una perspectiva holística, el todo determina la naturaleza de las partes y las propiedades de éstas se explican a partir de las propiedades del todo, sin que ello agote la explicación de las partes.

7.7 SISTEMA DE CATEGORÍAS

En este sistema se destaca el método inductivo el cual muestra una realidad que estructura poco a poco las unidades de análisis.

7.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Como técnicas de recolección de información se tiene el rastreo documental, conceptual, historias de vida donde éstas se dividen en:

7.8.1 Rastreo Documental de Historias Clínicas: allí se realiza lectura de los estudios socio familiares de los pacientes hospitalizados en el HOMO (Hospital Mental de Antioquia) con el objetivo de mirar su composición y funcionamiento familiar.

7.8.2 Rastreo Conceptual: se seleccionaron textos (bibliografía) relacionados con los conceptos de entorno socio familiar, depresión, tratamiento y rol del trabajador social.

7.8.3 Entrevistas: éstas por su parte permiten una orientación viable y verídica a la investigación por medio del criterio del paciente y la familia.

7.8.4 Muestra: los pacientes adolescentes diagnosticados con depresión que se encontraban hospitalizados. En total son siete pacientes y sus respectivas familias. (Ver anexo)

7.9 PLAN DE ANÁLISIS

Para analizar la información recolectada se tiene en cuenta las siguientes estrategias:

7.9.1 Selección de Textos: preseleccionar textos que den claridad sobre los conceptos de familia, entorno socio familiar, depresión, tratamiento y rol del trabajador social.

7.9.2 Análisis y Recolección de Información: selección de la información que ofrece mayor claridad en lo que se pretende identificar (Incidencia del entorno Socio-familiar con la aparición de la depresión en pacientes adolescentes del Hospital Mental de Antioquia y cuál sería el rol del Trabajador social en el Tratamiento de éstos).

7.9.3 Verificación de información: Allí se contactará nuevamente a la familia o paciente en caso de que algún dato resulte dudoso, o en caso de que requiera más profundización.

7.9.4 Clasificación de ideas: se tendrá en cuenta cuáles son los factores que inciden con la aparición de la depresión de los pacientes y se clasificará de acuerdo a las que más prevalencia tengan, y se dará respuesta concreta sobre la incidencia del entorno socio familiar para la aparición del trastorno depresivo en adolescentes.

8. DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION Y QUE FUERON ABNORDADOS DIRECTAMENTE EN ESTA INVESTIGACIÓN

	PACIENTES						
CATEGORIAS	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7
EDAD	17 Años	16 años	18 años	18 años	17 años	17 años	16 años
ACTIVIDADES USUALES	"trabajo en confeccioness y comparto con mi pareja"	"estudio y cuido mi hijo"	"trabajo en confeccioness cuido mis dos hijos y visito a mi madre para no sentirme a veces tan sola"	"normalmente arreglo uñas y me voy para una iglesia cristiana"	"escuchar música y dormir"	"estudiar y tardear con mis amigos"	"ninguna solo me mantengo en la casa y a veces me voy para el pueblo a verme con mi novio, mi madre me dice que salga pero no me gusta"
TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	"sisben"	"sisben"	"sisben, cuando mi esposo trabaja nos mete a mí y a mis hijos al seguro"	"sisben"	"sisben"	"sisben, pero es como si no tuviera nada porque es nivel 3 y eso no me cubre casi nada"	"sisben"
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Dos	Uno	Uno	Dos	Uno	Dos	Uno
MOTIVO DE LA DEPRESIÓN	"yo empecé a deprimirme por peleas con mi padre, el no acepta mi relación de pareja con otra mujer" de igual forma "cuando discuto con mi novia me hace sentir aun más sola"	"desde que murió mi padre me siento más triste y sola no le encuentro sentido a nada"	"todo me deprime, recordar a mi padre espíandome, a mis tíos abusando de mí, y a veces sólo despierto triste y sólo me provoca llorar día y noche"	"creer que tengo sida, desde que mi amiga me dijo que mi novio era portador, yo no me doy a la idea de no tenerlo a pesar de las pruebas negativas"	"yo me deprimí esta vez porque los muchachos del barrio me cascaron pero siempre he estado muy triste desde que mi padre nos abandonó"	"cuando salí a vacaciones comencé a verme fea, gorda y a no encontrarle sentido a nada de lo que me rodeaba"	"desde niña no le encuentro sentido a nada y ahora la relación de pareja no es que sea muy buena y esto hace que me deprima, además de la pobreza en que vivimos y la violencia y maltrato que recibimos de mi padre"
LO QUE CAMBIARIAN	"actualmente sólo me gustaría que mi padre me aceptara"	"me gustaría ser mas flaca y tener más platica para gastar"	"de pronto la situación económica en la que vivo, quisiera tener más plata"	"mi situación económica, me gustaría tener un mejor trabajo o por lo"	"nada"	"Cambiaría lo sensible que podría ser ante cualquier problema,	"mi vida por alguien que esté padeciendo"

			para ayudarlo a mi madre"	menos aumentar las clientes para el arreglo de uñas"		yo se que si me pongo débil, podría recaer otra vez"	
EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS	"fui abusada sexualmente a los nueve años cuando era niña unas primas me tocaban y amenazaban para que no contará" y "por lo que estoy pasando actualmente también me ha marcado mucho"	"la muerte de mi padre, tener mi hijo y el abuso de mi padrastro, me tocaba por todos lados y me hacia tocarlo a él también"	"la principal es recordar como mi propio padre espíandome cuando me bañaba, aún lo recuerdo como si el tiempo no hubiera pasado, además la violación de mi tío, y mi padrastro ..y también el haber trabajado en el centro desde niña"	" la muerte de mi hermano, además de ser abusada sexualmente a los once años"	"ninguna"	" haber estado en el Hospital Mental"	"un día una compañera que me dio marihuana a escondidas, eso me puso tan mal que aun lo recuerdo"
ESTRUCTURA FAMILIAR	"actualmente vivo sola, pero tengo a mis padres vivos y dos hermanos mayores"	"vivo con mi marido, hijo, mi madre una hermana y dos sobrinos"	"vivo con mi esposo y mi hijo"	"vivo con mi madre, dos hermanas y sobrina"	"vivo con mi madre, y mis ocho hermanas menores"	"vivo con mi tía su esposo y sus dos hijos"	"vivo con mis padres y mis dos hermanas"
DINÁMICA FAMILIAR	"regular cuando yo era niña mi padre era alcohólico, maltrataba a mi madre, nos mantenía humillando y en ocasiones nos echaba de la casa, ahora es muy rígido, y es quien manda en la casa la opinión de mi madre no"	"normal a veces alegamos mucho porque mi madre consiente más a mi hermana y porque yo soy muy malgeniada y les grito a todos"	"la relación con mi compañero mejoro mucho desde que asistimos a una iglesia cristiana ahora es de mucho apoyo, comprensión y amor"	"somos muy unidas, nos tratamos con respeto aunque mi relación con mi madre es mejor ya que ella me aconseja e invita a salir, me hace ver la realidad"	"aquí peleamos mucho todos y más cuando mi mamá no está"	"todos nos entendemos muy bien, con respeto y cuando pasa algo que no le gusta al otro nos sentamos a dialogar"	" muy mala ya que mi padre es alcohólico, maltrata a mi madre y nos insulta, además muchas veces nos ha dejado sin que comer porque se pierde para el centro y llega todo trabado y sin plata"

	es tomada en cuenta"			tal y como es"			
TIPO DE APOYO FAMILIAR	"en este momento recibo mucho apoyo moral, ya que me visitan todos los días"	"mi familia me ayuda mucho, me dan platica y me cuidan mi hijo para que estudie, además me dejaron traer a mi marido viviendo a mi marido acá con todos"	"total, si necesito plata me prestan, si necesito que me cuiden el niño lo hacen y de mi esposo también, además cuando amanezco o triste ellos tratan de alegrarme"	" el que necesite, ya que apoyan en especial cuando me siento triste"	"me dan la comida y dormida"	"de mi tía recibo todo el apoyo del mundo ella me mantiene y me da gusto como a una hija más"	"mi principal apoyo es mi madre, ella es quien ha estado pendiente de mi siempre en todo lo que yo necesite"
TIPO DE NORMA FAMILIAR	"mi padre es quien normalmente da las órdenes en la casa imponiendo lo que él quiere, sin tenemos en cuenta a nosotros"	"ninguna todos hacemos lo que queremos porque ya estamos muy grandes , por ahí de vez en cuando mi mamá nos aconseja"	" pues mi esposo y yo siempre hablamos las cosas y si se presenta alguna dificultad tratamos de superarla en pareja"	"nosotros somos inteligentes y sabemos lo que tenemos que hacer las cosas bien.	"aquí todos hacemos lo que queremos"	"mi tía dialoga conmigo y me hace ver el porqué de las cosas y el porqué el no de algunos permisos	" mi padre es muy rígido pero no le hacemos caso y mi madre si es mas comprensiva y abierta
PERCEPCION DE LA RELACIÓN DE PAREJA DE LOS PADRES	" siempre fue muy conflictiva debido al alcoholismo de mi padre, quien maltrataba a mi madre, ahora no tanto pero aún sigue siendo altanero"	"con mi papá era muy bien, pero con el otro marido que se consiguió peleaba mucho menos mal ya se dejaron"	"mala mi padre como que tenía otra mujer, y con el marido que se consiguió pésima peleaban mucho"	"mi madre no tiene pareja actual y a mi padre nunca lo conocí nos abandonó cuando supo del embarazo de mi"	"no sé porque mi padre no vive con nosotros, pero demás que mala al no preocuparse más por nosotros y ella"	"mis padres se separaron cuando yo era niña lo que cuentan es que no se entendieron "	"exagerada mente mal ya que mi padre siempre le ha pegado a mi madre hasta el punto de tener que llamar a la policía"
RELACIÓN FRATERNAL	"mis hermanos y yo nos tratamos con respeto, a veces nos ayudamos cuando tenemos ciertos problemas"	" no la voy muy bien con ellas por fastidiosas, pero con una hermana si, ya que nos contamos las cosas y nos reímos de ellas"	" normal, pero si comprendo más a mi hermana menor que también es depresiva porque comprendo el dolor y la angustia que se siente al estar uno	"muy buena nos pasamos las tardes enteras nada más que riéndonos de lo que nos ha pasado a todas y apoyándonos cuando lo necesitamos"	"mala porque peleamos mucho, mis hermanas me tratan de loco y eso me da mucha rabia entonces yo las casco por eso"	"mi hermano está en el ejército, pero igual mi relación con él es buena y con los hijos de mi tía que son como mis hermanitos menores también la llevamos"	"regular mis hermanas y yo somos muy indiferentes en cuanto a lo que le pase a la otra"

			así”				
EXCLUSIÓN FAMILIAR Y SOCIAL	“sí por mi padre al no aceptar mi relación con mi novia”	“ si los vecinos se burlan de mí y mis compañeras de estudio me gritan loca sin yo estarlo”	“no, todo lo contrario antes mi pareja me apoya más y toda la familia, los vecinos no importan mucho aunque si lo miran a uno como raro”	“no me he sentido tan excluida pero el cambio es notable, las clientes mermaron y las amistades también”	“ si mis hermanas me rechazan y los vecinos me rechazan”	“ no, todo lo contrario, ya que como tenía tantos amigos todos me apoyaron y me ayudaron a salir adelante”	“no hasta el momento no me he sentido excluida, bueno si pero porque yo me he alejado de todo”
VISION DE LA FAMILIA	“ninguna, sólo espero que algún día mi padre deje de tomar tanto trago y respete más a mi madre”	“veo mi familia en una casa más bonita, a mi mamá con un mejor trabajo”	“en mejores condiciones económicas y más unidos”	“veo a mi madre igual de alegre y a mis hermanas ya con su propio hogar”	“ninguna”	“veo a mi madre más estable, a mi tía con su hogar igual de lindo y a yo viviendo sola sin depender de nadie”	“que mi padre algún día deje de maltratar más a mi madre y vivan mejor y sin tantas complicaciones y carencias económicas”
CAMBIOS EN LA FAMILIA POR LA EMFERMEDAD MENTAL	“siento que hasta ahora nos ha unido aparentemente más porque me visitan a diario con más formalidad”	“son más pendientes de mí y me dicen que salga adelante con mis estudios y que vea el hijo tan lindo que dios me dio”	“son algo más prevenidos de que uno no vaya a cometer alguna locura “	“son más atentos a lo que yo quiero y necesito aunque a veces las noto como algo estresadas”	“pelemos más, al ellas no respetarmen	“ninguno”	“hasta el momento no sólo con mi madre es más pendiente de mí y eso me quiere sacar para todas partes”
RELACIONES SOCIALES DESPUÉS DE LA DEPRESIÓN	“han empeorado, por ejemplo señora que me había alquilado el cuarto ya me lo pidió porque le da miedo de que yo me mate ahí... y en el trabajo las personas son como más temerosas para hablarme”	“ son muy malas por que los vecinos se burlan de mí, y entonces a veces los insulto”	“mis relaciones sociales son más bien escasas no me gusta empatizar con las personas, además porque no falta quien lo mire a uno como raro”	“las relaciones sociales mermaron, los vecinos son como temerosos pero igual recibo el apoyo de mis hermanos en la iglesia”	“no tengo muchos conocidos ni amigos pero las personas si me desprecian y me tienen como miedo”	“igual de buenas todos me apoyan y me dicen que salgamos y nos divirtamos”	“igual porque yo no salgo, ni la voy con muchas personas”
TIPO DE GRUPO DE AMIGOS	“no soy muy de amigos y ahora menos con mi novia que es tan	“no tengo amigos porque cuando era más pequeña	“no tengo cuando era una niña hasta entrando	“mis hermanas y mi madre ya que con mi amiga	“no tengo amigos”	“muy grande todos en el colegio me conocen y les agrada	“no tengo, desde que mi amiga me dio la marihuana a escondidas

	celosa"	una amiga mía hablaba muy mal de mí a espaldas, esto hizo que no confiara en nadie más que en mi hermana"	a la adolescencia si tenía no sólo amigos sino también novios pero ya soy más sola y dedicada al hogar	la de la mentira de mi novio me dejó purgada para tener más amigas		mi compañía"	le cogí desconfianza a a todo el mundo en especial para ser mi amigo"
LA DEPRESIÓN COMO IMPEDIMENTO DE LA REALIZACIÓN DE LOS SUEÑOS	"de pronto si porque miren que ahora no tengo trabajo y quién sabe a donde iré a parar	"a veces siento que no me voy a superar de esto, pero mi esposo me apoya y hace que vuelva a creer en mí y en mis sueños"	"si pero no tanto en impedir realizarlos sino en contar con ellos ya que cuando uno está triste no le encuentra sentido a nada ni sueña con nada"	"si porque ya no tengo sueños que cumplir la ilusión de vivir se esfumó desde que tengo depresión"	"no tengo sueños"	"hasta el momento no porque aun estoy estudiando"	"no el año que viene pienso hacer otro curso de repostería"
PROYECTO DE VIDA	"cuando salga de este lugar pienso organizar las cosas con mi pareja, y conseguir otro trabajo"	" quiero ser secretaria y vestirme muy elegante de tacones y ropa bien bonita o también ser profesora"	" ahora sólo espero terminar el bachillerato, seguir estudiando, y trabajando para un mejor futuro para mi hijo"	"no tengo. esperaré a ver qué pasa"	"ninguno"	"me gustaría independizarme y estudiar enfermería o pedagogía en un futuro ya no muy lejano"	"estudiar repostería y trabajar para ayudar con los gastos de la casa"

FAMILIAS DE LOS PACIENTES

CATEGORÍAS	Familia Paciente 1	Familia Paciente 2	Familia Paciente 3	Familia Paciente 4	Familia Paciente 5	Familia Paciente 6	Familia Paciente 7
ACTIVIDADES USUALES DEL PACIENTE DENTRO DEL HOGAR	"Cuando vivía con nosotros normalmente arreglaba la casa"	"arreglo de la casa y del cuidado del hijo,	"cuidado del hogar"	"a veces cocina y todos los días arregla la casa"	"dormir porque no ayuda con nada"	"ayuda con los quehaceres de la casa"	"ella es la encargada del arreglo de la casa"
ACTIVIDADES USUALES DEL PACIENTE FUERA DEL HOGAR	"estudiaba y a veces jugaba con sus compañeros basquetbol"	"estudiar y a veces sale con su compañero e hijo"	Trabajar en confesiones y asistir a una iglesia cristiana"	"arregla uñas y se va para la iglesia"	"ninguna ni siquiera terminó el bachillerato"	"estudia y a veces sale con los amigos"	"ninguna porque no sale, a veces se va para la cita con el psicólogo del Hospital"
TIPO DE AMIGOS DEL PACIENTE	"muy reducido siempre fue	"no tiene, antes si tenía	" muy limitado ahora	"no tiene, desde que la amiga le	"no tiene"	"muy grande, ella es muy	"no tiene"

	muy casera”	muchos amigos hombres pero después de haber conseguido marido no tiene a nadie más que a su hermana”	sólo vive para su hijo y esposo”	inventó el chisme del novio ella es más reservada y sola”		confianzuda a todo el mundo le da el número del teléfono	
MOTIVO DE LA DEPRESIÓN	“que yo no la acepto con esa mujer que se consiguió de novia”	“desde que murió su padre ella vive triste, además es como una niña, es como si no le pasaran los años psicológicamente”	“ella sólo suele despertar se triste y llorar sin motivo alguno”	“que una amiga le dijo que el novio tenía sida y desde allí ella comenzó a deprimirse y a quererse morir”	“que los Triana lo cascaron y eso lo hizo enfurecer hasta el punto de quererse quitar la vida”	“que se empezó a sentir y a verse muy fea y no encontrarle sentido a nada hasta el punto de quererse cortar las venas”	“desde que se consiguió ese novio no viven sino peleando además de las malas relaciones de los padres y de las precarias situaciones económicas en las que vivimos”
EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS	“ninguna”	“ninguna”	“de pronto el haber tenido que trabajar desde pequeña”	“la muerte de su hermano lo mataron”	“el abandono del padre”	“de pronto la inestabilidad de la madre la cual prefirió dejarme la el cuidado y la crianza de ella”	“ninguna”
DINÁMICA FAMILIAR	“buena siempre recibió como pobre lo que se necesita para vivir”	“cuando vivía el padre eran muy unidos pero después cuando la mamá se consiguió otro compañero empezaron ciertas peleas	“ella ya vive muy bien con su esposo ya no pelean tanto desde que asisten a la iglesia se les ha notado el cambio a los dos”	Todas somos muy unidas”	“muy difícil ya que a mí me toca trabajar mucho y a veces no me queda tiempo para ellos”	“es muy armónica, la llegada de ella a nuestro hogar no afectó el buen funcionamiento con el que contábamos fue aceptada como una hija más”	“muy mala porque el papá es alcohólico y nos agrede constantemente, además cada cual es por su lado “
TENSIONES FAMILIARES	“ninguna todos vivíamos muy bien”	“el desempleo de la madre y la pobreza en la que viven”	“no creo que tengan”	“que a veces no tenemos que comer o con que pagar los servicios y esto nos hace estresar a todas”	“la pobreza en la que vivimos tanto así es que me tocó internar a tres hijas porque no tenía como sostenerlas”	“ninguna de pronto la ausencia y lejanía de su madre”	“la situación económica”
TIPO DE APOYO FAMILIAR	“siempre la apoyamos en todo lo que quería y necesitaba para ser	“siempre estamos muy pendientes de ella de lo que necesita y	“su esposo, hermanas y madre viven muy	“de mucha comprensión y moral para que no se salga matando”	“nosotras le colaboramos con los medicamentos estamos pendientes	“incondicional, siempre estamos allí para lo que ella necesite”	“es más, por mi parte yo soy la que vivo pendiente de ella con la droga, que

	feliz, pero ahora no le alcahueteo esa novia que se consiguió”	de cómo se sienta”	pendientes y la ayudan en todo lo que necesite”		de las citas medicas y le damos el techo y la comida”		asista a las citas médicas y que no esté tan triste”
RELACIÓN PARENTAL	“buena, siempre les hemos dados a nuestros hijos lo mejor	“la madre sólo se preocupó por sostener el hogar olvidando en algunos momentos que sus hijas estaban creciendo y necesitaban más que comida	“buena”	“excelente yo las hago reír mucho además de dialogar con ellas de todo lo que nos pasa”	“conmigo es regular ya que él es muy grosero y con el padre era buena se querían mucho”	“distante”	“muy mala porque no se respetan”
EXCLUSIÓN FAMILIAR Y SOCIAL	“Pues ahora porque no aceptamos el noviazgo pero si la apoyamos mucho para que no intente suicidarse otra vez”	“ si los vecinos se burlan de ella y los compañeros del colegio también, le gritan loca”	“ no, todo lo contrario, siempre la hemos apoyado en todo”	“un poco por los vecinos, mire que ella arreglaba uñas y desde que estuvo en el HOMO redujo significativamente sus clientas”	“si, por los muchachos que cuidan el barrio, además de ciertas jovencitas que se le arriman para ver qué le pueden sacar al pobre”	“no todo lo contrario, los amigos antes la llaman y la invitan a salir para que se entretenga, además por que los hace reír mucho”	“no, ninguna, ella es la que se aísla de todo y de todos”
CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA POR LA ENFERMEDAD MENTAL	“ninguno”, sólo que ahora hemos estado más pendientes de ella”	“ninguna”	“ el estar en la iglesia cristiana”	“que de pronto ya vivimos más estresados por dejarla sola que no se vaya matar o que de pronto le pase algo”	“que el ambiente en más de pelea porque él es muy grosero y no le gusta hacer nada, les pega a las muchachas , esto hace que lo eche de la casa, pero él dice que cuando le consiga otra pieza para el vivir”	“ninguno”	“ninguno, sólo que yo soy más pendiente de ella porque me da miedo que se vuelva a intentar suicidar ”

Nota: se respetara la privacidad de cada paciente por lo tanto no se pondrán los nombres reales de dichas personas y se denominarán con el genérico paciente seguido de un número que individualiza a cada uno.

PACIENTE 1

Mujer de 17 años de edad con un bachillerato académico, de estrato socioeconómico dos, abusada sexualmente a los 9 años por un vecino y también por parte de una prima; tuvo su primer intento de suicidio a los 12 años, y a los 15 años su mejor amigo intentó violarla; a sus escasos 16 años logra graduarse como bachiller y abandona su hogar por motivos de desacuerdo con sus padres debido a su inclinación homosexual, por un mes permanece en la calle viviendo en varias casas de conocidos, amigas y amigos hasta que consigue trabajo como operaria en confecciones y consigue irse a vivir sola, a pesar de ello, la relación con su pareja se basaba en discusiones, maltrato y manipulaciones por parte de ella: “mi pareja toma demasiado, en ocasiones me maltrata y me manipula”. Ingresa al Hospital Mental debido a que ella se toma un mata ratas; según la paciente “el motivo de mi depresión es el saber que mi padre no me apoya por mi inclinación sexual y que mi novia discuta conmigo”. Su núcleo familiar está compuesto por su padre, madre y dos hermanos, quienes ya conformaron un hogar, se manifiesta violencia intrafamiliar debido a que su padre es alcohólico y por años ha maltratado a su esposa. Durante su hospitalización tuvo el apoyo de sus padres aunque se rehúsan aceptar que su hija es homosexual.

PACIENTE 2

Mujer de 16 años de edad, que actualmente se encuentra cursando séptimo grado, de estrato socioeconómico uno. Adolescente con antecedentes de enfermedad mental por parte de su madre y primo, en su infancia era maltratada por su madre y aun no elabora el duelo de su padre muerto en un accidente de tránsito “para mí un suceso significativo fue la muerte de mi padre, porque él me consentía mucho, yo era su ñaña” por eso

constantemente dice: “me deprime la muerte de mi padre (hace seis años murió) y mi abuela (en mayo de este año)”, aunque dice no haber tenido una buena relación con ella. Después de la pérdida del padre, su madre consigue otra pareja quien decide llevarlo a vivir junto con ella y sus hijas, hecho por el cual dificultó la relación parental, debido a las dificultades que se presentaban con el padrastro: “él me tocaba y me decía que lo tocara”. Él abusaba sexualmente de ella (la paciente); tiempo después, la madre decide romper su relación con dicha pareja por rumores y envidias; “mi madre tuvo una pareja después de mi papá, pero se dejaron por chismes”. Actualmente la paciente vive con el padre de su hijo de 24 meses, al igual que con su madre, sobrinos y tres hermanas. “Me hospitalizaron porque yo quería matar a mi marido con un cuchillo, por ese motivo preferí que me internaran en el hospital, antes de hacerle daño a mi hijo”.

PACIENTE 3

Joven de 18 años que actualmente se encuentra validando su bachillerato en la nocturna, de estrato socioeconómico uno, quien en su niñez tuvo que trabajar para ayudar en la casa “recuerdo que mi papá se fue un tiempo a trabajar lejos y no nos ayudaba con el sustento económico, por lo que a mí me tocó desde los once años suspender el estudio e irme para el centro de Medellín a trabajar de vendedora ambulante (vendiendo bolsas plásticas) para ayudarle a mi mamá con los gastos del hogar”. Desde allí comenzó su vida sexual e ingreso al mundo de las drogas “sentía que no valía nada, por lo que no me importaba meterme con cualquier hombre”. En ese entonces la paciente vivía con su padre quien un día lo sorprendió observándola en el baño mientras ella se bañaba: “me acuerdo a cada instante cuando mi padre me espiaba en el baño y constantemente sueño con ese acontecimiento como si se devolviera el tiempo”. Después el padre fallece y su madre al año encuentra pareja y decide llevarlo a vivir con ella, pero éste abusa sexualmente de su hijastra (la

paciente), al igual que por parte de su tío paterno. Actualmente la paciente vive con su pareja y un hijo de 2 años y trabaja con su suegra como operaria en confecciones.

PACIENTE 4

Paciente de 18 años, graduada de la secundaria, de estrato socioeconómico dos, obsesionada con que es portadora de VIH sin tenerlo, se ha hecho varias pruebas las cuales siempre le han salido negativas: “esa situación fue hace cinco años y desde entonces me he hecho demasiados exámenes y me han salido negativos, pero yo no me puedo enfermar porque ya creo que tengo VIH”. Este problema radica porque su ex mejor amiga le dijo que el novio que ella tenía para ese entonces era portador de esta enfermedad y aunque ambos se realizaron la prueba y su resultado fue negativo, la paciente insiste con tener esta enfermedad. A sus once años fue abusada sexualmente y más adelante tiene un aborto espontáneo, así mismo su único hermano hombre, muere violentamente a los 24 años: “la muerte de mi hermano me marcó y siento una tristeza bien adentro”. Desde que su amiga le dijo que era portadora, ella se encuentra asistiendo a una comunidad cristiana “la gente de la iglesia me apoyan mucho. Soy muy temerosa de Dios y creo que si le fallo a él, me castigará con lo que yo más le temo, lo cual es una enfermedad”. Tiene antecedentes de enfermedad mental por parte de su abuela materna, la paciente desde que fue hospitalizada por depresión ha tendido el rechazo de sus amigas, vecinas y primas; “ella ya no tiene muchas amistades por su problema, la consideran una loca o enferma”, a pesar de ello, siempre ha contando con el apoyo de su madre quien iba a visitarla todos los días y la colaboración de su hermana; es una familia monoparental que sufre de precaria situación económica, ya que ninguno de los miembros de la familia cuenta con un trabajo estable.

PACIENTE 5

Paciente de 17 años, quien desertó del colegio cuando se encontraba cursando su sexto grado, de estrato socioeconómico uno, es el mayor de 12 hermanos, tres de sus hermanas se encuentran internadas hace 3 años, reciben ayuda alimentaria por parte del gobierno, debido a que cuentan con escasos recursos económicos. El paciente ingresa al Hospital Mental por haber ingerido un veneno (mata ratas) “Yo me tomé eso, porque mi mamá me tenía con mucha rabia y porque los TRIANA (grupo al margen de la ley), me cascaron, porque pensaron que yo me había robado unas cosas ahí”.

El paciente en su barrio es rechazado por su enfermedad mental, así como en su casa por parte de sus hermanos: “mis hermanos me dicen que yo estoy loco, que yo no sé que, sabiendo que es una enfermedad, y me da mucha rabia, entonces yo los cascaba”. Aparte de su enfermedad mental, sufre de epilepsia, donde la droga para estas dos enfermedades lo tienen un poco adormilado y hablando cosas incoherentes. Actualmente el paciente es consumidor de drogas psicoactivas aunque dice ingerirlas de vez en cuando, ocasionalmente lava carros “yo le ayudo a un amigo a lavar carros”. Se identifica falta de cohesión familiar: “me gustaría que mi mamá me quisiera más, que estuviera conmigo a lo bien, y me quisiera un poquito más”. No se establecen reglas dentro del hogar, la madre se notó un poco indiferente ante la enfermedad de su hijo (el paciente): “él es muy desobediente y a veces amanece en la calle, y yo sin saber dónde está”. Su padre lo abandonó y no recibe ningún apoyo económico ni afectivo por parte de él: “nunca ha sido responsable, era alcohólico y siempre se ha perdido por tiempos, ya en ésta ocasión lleva un año sin venir”.

PACIENTE 6

Una joven de 17 años de edad, estudiante de décimo grado de bachillerato, de estrato socioeconómico dos, su enfermedad comenzó por problemas de corporalidad: “me sentía la mujer más fea del mundo, todo lo que me rodeaba nada tenía sentido, lo único que tenía sentido era quedarme en mi casa acostada, encerrada llorando todo el día”. Por lo tanto, ella decide retirarse del colegio, poco a poco dejó de asistir a clase. “Yo siempre he sido súper extrovertida, cansona, no me soportan en ninguna parte, pero yo salí a vacaciones, me empecé a deprimir, a encerrarme en mi mundo y a pensar que nada tenía sentido”. La paciente presenta antecedentes de enfermedad por varios familiares: “mis tíos, primos y mi mamá han sufrido de depresión, y como me dijo la psiquiatra, usted lo tiene en la sangre”, esa es la explicación que varios especialistas le han dicho; en los últimos años la abuela y dos tíos se han suicidado, su tía con la que actualmente vive también sufre de depresión. La paciente vive con su tía, ya que su madre era muy inestable e irresponsable; “yo vivo con mi tía, pero yo digo que ella es mi mamá, porque me ha criado toda la vida, y mis primos los siento como mis hermanos, ella es mi apoyo y todo para mí, y mi mamá vive lejos, yo tengo buena relación con ella”. Existe cohesión familiar, su tía con la que actualmente vive es docente, y le brinda mucho apoyo a ella (la paciente), es una familia que tiene buena comunicación y adecuado manejo de la autoridad.

PACIENTE 7

Joven de 16 años, quien al terminar su bachillerato realizó un curso de repostería y actualmente espera continuar sus estudios, es de estrato socioeconómico uno y desde su niñez manifestaba conductas depresivas, dado a que en su hogar se ha presentado violencia intrafamiliar por parte del padre:

“mi papá es alcohólico, para mí que él tira vicio, él se pierde días y aparece todo aporreado a montarnos problema a mi mamá, mis hermanos y a mí, además le pega a mi madre”. Hasta ahora la relación continua así, no tiene buena relación con las hermanas, “prácticamente mi familia es mi mamá solamente, porque mis hermanas están metidas en su cuento, salen demasiado y no me entiendo con ellos, somos muy diferentes”; la paciente sólo cuenta con el apoyo de su madre, quien ha estado pendiente de ella durante la enfermedad. Actualmente la paciente tiene una relación sentimental con un hombre veinte años mayor que ella; “a mi novio no le gusta que yo tenga amigos ni amigas, es muy grosero y celoso”, ocasionalmente se ven, ya que su pareja vive lejos. Desde que la paciente se encuentra con su pareja ha tenido una manifestación más activa de su enfermedad mental, pues ha tratado de suicidarse en dos ocasiones: “yo no le encuentro sentido a mi vida, me aburro todo el tiempo, he intentado suicidarme en dos veces”. Su pensamiento más frecuente es “yo cambiaría mi vida con alguna persona que estuviera agonizando”.

8.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

Se destaca como la mayoría de adolescentes entrevistados, diagnosticados con depresión provienen de familias con precarias situaciones (económicas), de estrato socioeconómico uno y dos, en el cual logran suplir algunas de sus necesidades básicas como alimentación, vestido, servicios sanitarios a través de una economía informal; liderada por la figura materna, puesto que todas las familias coincidieron con la ausencia de la figura paterna ya sea en su función (rol que desempeña el padre dentro del hogar tanto a nivel afectivo como de supervivencia de sus miembros), o en su forma (ausencia del padre en la conformación del hogar y cumplimiento de sus responsabilidades parentales); quienes convivían con sus padres se les dificultaba aún más la sana convivencia, dado que se presentaba violencia intrafamiliar y alcoholismo en

él; las familias que no contaban con la presencia de la figura paterna era por motivos de muerte o separación de los cónyuges, pero igual solían seguir presentando dificultades en su forma de convivencia.

De igual forma se destaca como la seguridad social a la cual pertenecen es la régimen subsidiado (SISBEN), ya que como se mencionó anteriormente, todas las familias de los pacientes hacen parte de una economía informal y sus bajos recursos económicos no les permiten acceder al régimen contributivo; se percibió además que esta economía altera la armonía y tranquilidad de la madre, la cual aparte de no tener tiempo para la crianza de los hijos, se angustia frecuentemente ante la incertidumbre que le genera el no contar con los recursos suficientes para bríndales una mejor calidad de vida a sus hijos, quienes logran suplir medianamente sus necesidades básicas de supervivencia, donde el adolescente al percibir esta carencia, tiende a deprimirse más, debido a que en la mayoría de adolescentes entrevistados, manifestaron el deseo de trabajar para contribuir con la economía del hogar.

A nivel interno, las familias de los pacientes presentan dificultades en su dinámica, debido a diversos factores que las desestabilizan, como el inadecuado manejo de la autoridad, donde la mayoría presentaba una autoridad permisiva ejercida por la madre como cabeza de familia, la cual en su afán de sostener el hogar económicamente, se veía obligada a permanecer ausente durante largas jornadas diurnas debido a su trabajo, donde esta ausencia provocaba en los hijos omisión frente a las normas impuestas por la madre, la cual delegaba su autoridad a un hijo mayor, debido a que éste era el encargado del cuidado de sus hermanos menores ejerciendo así una autoridad pasiva, sin normas claras ni estables. En algunas familias se evidenció cómo la falta de autoridad ejercida a nivel parental, trae como consecuencia ausencia de límites entre los miembros, rebeldía e inestabilidad, lo cual generaba constantes agresiones tanto físicas como verbales que facilitaban aun más los

estados de tristeza del paciente, como la desintegración de la red de apoyo a nivel familiar, lo que ocasionaba que cada miembro permaneciera largo tiempo fuera del hogar, tratando de evadir responsabilidades dentro de éste, así como también los problemas que allí se presentaban.

Otra de las dificultades que presentan las familias es la falta de adaptabilidad reflejada, no sólo en la intolerancia y no aceptación del otro con debilidades y fortalezas, sino además por incomprensión frente a la enfermedad mental del adolescente y el tratamiento, puesto que brindaban momentáneamente un apoyo a través del diálogo tratando de motivar al paciente para que continuara con su vida, sus sueños, pero desconociendo la intervención de un profesional, ya que la tristeza que invade al paciente no es tan pasajera como normalmente todas las familias suponen. Esta falta de adaptabilidad también incluye a familiares lejanos y vecinos quienes coincidieron durante todo el proceso investigativo tanto con el rechazo, exclusión y temor por el paciente; contribuyendo así a que el paciente adolescente tienda a quedarse en la depresión o seguidamente en las recaídas.

La mayoría de las familias entrevistadas se rehúsan a considerar los síntomas de los pacientes como una enfermedad mental y a pesar de que ya estuvieron hospitalizados, no dimensionan la tristeza prolongada, las ideas suicidas y otras alteraciones en el comportamiento de ellos, características para determinar un trastorno depresivo.

Todo ser humano en algún momento de su vida se ha sentido triste, aburrido e impotente ante tantas adversidades y situaciones desesperantes a las que se está inmerso por pertenecer a una sociedad que tiende a agudizarse tanto a nivel social como económico y cultural, donde las necesidades insatisfechas del individuo, junto a una intolerancia por la diferencia y el reconocimiento a la

otra persona, nos está deshumanizando y de cierto modo vistiendo con una coraza que trata de protegerse a costa de todo, e incluso de otras personas para mitigar su incertidumbre.

El individuo se debate en una línea muy delgada que separa la “cordura” y la “locura”, debido a que el ser es débil emocionalmente, sensible hacia diferentes realidades que no son desconocidas para el individuo.

Cuando una persona padece algún trastorno es estigmatizada por ciertos integrantes de la sociedad, rechazados por padecer una enfermedad mental, la cual a pesar de ser un poco más visible actualmente, no deja de escandalizar en algunas personas y ocasionar controversia. Los pacientes adolescentes entrevistados con el diagnóstico depresión, han sentido el rechazo de su familia (en este caso más que todo de primos o tíos, aunque a nivel parental (padres) y fraternal (hermanos) tiende a haber unos más interesados en el paciente que otros). Sería justo que ellos fuera de luchar contra una enfermedad tan difícil como la depresión, donde sufren inconsolablemente y tratan de buscar una salida en el alcohol, las drogas o peor aun en el suicidio, también tengan que luchar contra una sociedad “criticona” que destruye con comentarios absurdos y malintencionados.

La vida de estos adolescentes no ha sido fácil, la muestra significativa de mujeres entrevistadas coincidían con haber sido abusadas sexualmente por el padrastro, un familiar o un vecino; un hecho bastante traumático para ellas, quienes en muchas ocasiones le atribuyen su depresión y recaída a esta situación que ha marcado sus vidas y que el sólo hecho de recordarlo hace que se sientan “sucias” o indignas” de ser queridas y valoradas.

No se puede desconocer el hecho biológico como causante de la depresión, donde sólo una paciente de la muestra piloto, se le podría atribuir su enfermedad mental a este hecho, debido a que genéticamente carga por herencia este trastorno, donde su abuela se suicidó, al igual que algunos tíos y primos quienes padecían esta misma enfermedad. Sin embargo, a pesar de su debilidad mental y vulnerabilidad, también se suma el haber vivido sus primeros diez años en un hogar inestable, donde su madre no se preocupaba por brindarle una buena educación, hasta que la paciente adolescente tanto de dividirse entre un hogar y otro, logró estabilizarse donde una tía y su familia, quienes la tratan como la hija y la hermana mayor de dos hombrecitos.

A pesar de lo anterior, se podría decir por llamarlo de algún modo, que la mayoría de pacientes tiene razones a nivel familiar y en su entorno para aburrirse, donde el tener que soportar que sus padres las maltraten, posean carencias afectivas o que sus padres se vayan a beberse su salario y no logren suplir las necesidades de ellos ni de cada uno de sus miembros, provocaría en cualquier momento este tipo de trastorno, como una manifestación desesperada ante la impotencia y anhelos de una vida mejor. Aunque el apoyo de los padres ante el problema mental de sus hijos, no del todo indiferentes, se logra detectar que son causantes y/o provocadores de forma indirecta.

En la cotidianidad, inevitablemente enfrenta el ser humano determinadas situaciones que provocan en ellos reacciones, donde el modo de enfrentarlas son mediadas no sólo por la etapa evolutiva en la cual se encuentra cada individuo, sino también por unos patrones de crianza que hacen de un ser particular con unos referentes sociales y culturales particulares para leer y asimilar la realidad de su contexto cotidiano. Actualmente la presión que ejerce la sociedad sobre cada individuo en especial en el adolescente y hace de él un ser más vulnerable o débil frente a las condiciones que la vida lo enfrenta haciéndolo padecer de trastornos anímicos como lo es la depresión, que si bien

es una enfermedad mental hereditaria, es fácil de padecer si se está expuesto a ciertas experiencias traumáticas desde la niñez donde la mayoría de adolescentes entrevistados solían ser de hogares estresantes, con dificultades a nivel afectivo, económico y emocional.

8.2 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

Nota: estas funciones las desempeñan la trabajadora social de cada servicio de hospitalización (hombres, adolescentes, mujeres y pensionado) a diario.

8.2.1 Entrega de turnos: reunión que realizan todos los profesionales del servicio (trabajadora social, psiquiatras, enfermera y auxiliares); en cual se leen las historias clínicas de los pacientes que entraron el día anterior o quienes están hospitalizados y presentaron alguna novedad en la noche.

8.2.2 Consulta familiar: entrevista que se realiza a un familiar del paciente, la cual permite identificar el contexto social y familiar de éste. Está compuesto por el familiograma y descripción detallada tanto de los roles y funciones de la familia como del paciente. Al final se define la tipología familiar y las pautas a seguir en ella (no tiene continuidad en el procesos con las familias, debido a que se atiende una sola vez durante la hospitalización del paciente).

8.2.3 Reunión socioeducativa con la familia de los pacientes: reunión que se realiza cada 8 días de 2:00 a 2:30 PM. Los temas y las responsabilidades se concretan semestralmente por las trabajadoras sociales. Estas reuniones

tienen como finalidad ofrecer educación sobre la enfermedad mental diagnósticos, manejo y prevención.

8.2.4 Informe de altas: se contacta telefónicamente o durante el tiempo de las visitas a las familias de los pacientes hospitalizados, en la cual el trabajador social informa el alta del paciente con su respectivo horario.

8.2.5 Gestión de exámenes para pacientes en otras instituciones: cuando el paciente requiere algún examen neurológico, la trabajadora social es la encargada de tramitarlo vía telefónica y concertar la cita con la institución que contiene convenio con el HOMO.

8.2.6 Orientación: allí las trabajadoras sociales se encargan de brindarles a las familias orientaciones sobre temas específicos que requieren otro tipo de intervención como lo es el caso de la farmacodependencia.

9. ANÁLISIS

Reconociendo la depresión como una enfermedad calificada de mental, debido a ciertas modificaciones biológicas ocasionadas en el organismo, las cuales requieren de tratamiento, se reconoce además a partir de la muestra de pacientes adolescentes hospitalizados en el HOMO, como esta enfermedad se puede desencadenar por ciertos factores estresantes, no deseados, controlados o inesperados, como pueden ser la pérdida o situaciones no resueltas, a las cuales está expuesto el individuo en cualquier momento de su vida, en donde los pensamientos de culpabilidad, tristeza y desolación están presentes siempre, requiriendo más que un medicamento psiquiátrico.

Se resalta cómo factores sociales y familiares incidieron directamente con la aparición de la depresión de los adolescentes del Hospital Mental de Antioquia, en el que algunos predisponentes que incurrieron directamente con las emociones de éstos en su niñez, como abusos sexuales, carencias en la red de apoyo psicológica y social desataron sus estados depresivos; sumado a ello, los modelos parentales marcados por el machismo, el autoritarismo y la presencia de violencia intrafamiliar, crearon en ellos no sólo la incapacidad para afrontar de forma natural todos los problemas sino mayor vulnerabilidad y sensibilidad para “no querer superarlos”. Se encontró además que el tipo de norma empleada por las familias nucleares fue la autocrática en el que no dan cabida a nuevos cambios y evolución de sus miembros quienes en este caso manifestaron inconformidad y mayores conflictos al ellos no ser contemplados como individuos con propios intereses y necesidades que requieren mayor comprensión y flexibilidad, como lo fue el caso de homosexualidad presente en uno de las pacientes de la muestra la cual entró en conflicto y en crisis al no contar con el apoyo, apertura y respeto necesario de los padres para sobrellevar dicha situación; puesto que los roles y funciones para los cuales estaba entrenada no permitían cambios fuera de lo habitual, dado a su proceso

de socialización fundamentado en la tradición, religiosidad y autoritarismo del padre, quien en este caso contaba con bajos niveles de adaptabilidad para los nuevos cambios que imponía su hija, repercutiendo de forma negativa sobre ella en una depresión, dado que su familia desde la sistémica es de tipo rígida y mecánica en la cual expresa síntomas y mayores dificultades para los cambios; donde lo ideal como todo sistema vivo es que tienda a ser transformada, sin que con ello pierda su peculiaridad de base. La adaptación familiar sólo se logra mediante el aprendizaje recíproco que tiende a consolidar el sistema y su persistencia homeostática, en el que los adolescentes pueden incrementar las crisis de los primitivos equilibrios adaptativos, ya que inevitablemente la familia es un sistema de relaciones abiertas que tienden a ser influenciadas entre sí.

Retomando la familia desde la sistémica se rescata además como ésta hace parte de un sistema mayor, el socioeconómico que mantiene el estatus, el poder y el privilegio de los individuos, y como éste se convierte además en un factor de estrés que altera la estabilidad y armonía, en este caso, de los pacientes y sus familias, quienes manifestaron cómo la situación económica generan en ellos angustia y desolación frente al presente y futuro por llegar, puesto que los problemas generados por la falta de recursos y las cada vez mayores exigencias sociales para ir al ritmo de la vida moderna aumentan en ellos no sólo el riesgo de las recaídas sino además futuros intentos suicidas dado a sus cogniciones negativas frente a la vida. Sin lugar a dudas queda de manifiesto como esta era globalizada, con el masivo uso de los medios de comunicación y de los modelos sociales marcados por el individualismo y la alta competitividad reflejada además en la obtención y en el dominio del hombre por el hombre, aumentan el sufrimiento, desolación y vulnerabilidad para padecer de depresión. Sumado a ello la desestructuración que actualmente suele caracterizar al núcleo familiar, la complejidad y el estilo de vida consumista a la que constantemente se ven sometidos los individuos y en especial los adolescentes.

La desestructuración actualmente se evidencia tanto en la formación de valores del individuo como en las nuevas formas de alianza y supervivencia de éstos dando origen a diferentes formas o estructuras familiares como se evidenció en la muestra donde la gran mayoría de adolescentes hacían parte de familias monoparentales con ausencia del padre tanto de sus responsabilidades económicas (supervivencia de sus hijos) como afectivas (cuidado y amparo emocional), las cuales en este caso aumentaron el estrés y la tensión familiar, primero por la sobrecarga de la madre para sostener el hogar, dificultando con ello la hegemonía sobre los hijos (quienes pasaban largas jornadas diurnas y nocturnas sin la presencia de ella) y segundo porque el tipo de norma empleado para educarlos se fundamentaba en la permisividad haciendo de ellos adolescentes con mayores dificultades para adaptarse a la norma y los límites impuestos en la sociedad. La ausencia de la figura paterna trae como consecuencia en estos casos no sólo dificultades en la forma de convivencia sino además mayor desamparo frente a la norma dado a los roles estereotipados y a la cultura patriarcal en la cual hacemos parte, donde siempre se ha tenido el imaginario del padre como aquella figura de autoridad y firmeza y la madre como aquella que brinda amparo, protección y flexibilidad; con ello no significa que la madre no tenga capacidades de dominio, pero sí se resalta cómo esta responsabilidad se hace más difícil de sobrellevar sola, además como ella en su afán por cumplir con su función biológica (supervivencia de los hijos) deja de lado su función psicológica y social por falta de tiempo, en la cual éstos quedan a la deriva y con mayores dificultades para enfrentarse al mundo social.

La investigación arrojó además cómo la muerte, de seres queridos comprendidos como pérdidas naturales a las que está expuesto el individuo, fueron el detonante de la depresión, que padecían algunos adolescentes, los cuales no lograron superar la pérdida con normalidad, puesto que se caracterizaron por haber tenido una gran dependencia afectiva y/o emocional con el ser fallecido, prolongando así la tristeza habitual y la incapacidad para

afrontar dicha situación. Asimismo se encontró cómo las relaciones de pareja conflictivas, aumentaron la vulnerabilidad para padecer la depresión, en el que el amor se limitó sólo al “poseer” o “tener” al otro, dejando de lado la autonomía, privacidad y libertad de cada uno; sumado a ello la celotipia e inconformidad no sólo con la relación sino también con ellos mismos. Sin encontrar más salidas sólo presumen vivir en “un mundo que no favorece ni brinda más oportunidades para ser cada día mejor”; se puede deducir cómo los trastornos depresivos pueden afectar el desarrollo social, emocional y cognitivo de las personas así como la calidad del vínculo que se establece, aumentando el riesgo de las recaídas y de las conductas suicidas en los adolescentes.

La etapa de la adolescencia suele ser para la gran mayoría de los seres humanos una etapa de riesgo, puesto que ésta representa todo tipo de complejos, contradicciones y obsesiones frente a cuestiones existenciales, de interminables quejas, de constantes cambios. Es un impulso hacia el futuro la cual hace de cada instante algo nuevo que se vive conjuntamente, en el que las situaciones se presentan imprevistas sin saber qué vendrá después; de repente el joven ya no es lo que era ayer, y no será mañana lo que es hoy, dado que es una época de cambios que van desde la formación de la personalidad así como también frente a la forma de ver y aceptar la vida, en el que tanto la familia, como el adolescente, requieren adaptasen al cambio para que su proceso de socialización e identificación se logre dar satisfactoriamente.

Queda claro como las relaciones familiares y sociales de los adolescentes depresivos salieron caracterizarse por la existencia de conflictos, maltrato, rechazos y problemas de comunicación, con pobre expresión del afecto y pasivo apoyo en su red, y con poca o nula comunicación lo que dificulta un mayor contacto entre ellos y en especial con el adolescente depresivo que en este caso requiere, además de un medicamento psiquiátrico, la compañía, amparo y protección que sólo los seres queridos saben dar, en el que el

hambre, el sufrimiento, la tristeza, la desolación configuran un sentido que traspasa los límites del individualismo por el amor, la compañía y la esperanza de un futuro más alentador.

Se destaca cómo los estudios sobre la etiología de la depresión proponen que tanto variables orgánicas como psicosociales actúan conjuntamente en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, donde ésta puede ser causada por uno o varios factores; no existe una sola causa, así como también un solo grupo determinado de personas para padecerla. Se sabe que así como esta vulnerabilidad puede ser heredada, también puede ser activada y alimentada por los eventos vitales a los que se expone el individuo en su diario vivir.

9.1 LINEAMIENTOS A SEGUIR DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN PSIQUIATRICA

A continuación se dará una propuesta desde el trabajo social para el ejercicio profesional en una institución psiquiátrica y en especial en el Hospital Mental de Antioquia, con los pacientes diagnosticados con depresión.

9.2 EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

En el campo de la salud mental, las instituciones encargadas de brindar atención pueden, por sus características favorecer u obstaculizar la recuperación de los pacientes. “El hospital psiquiátrico sirve muchas veces para perpetuar en los enfermos mentales la falta de adecuación social”.⁵⁶

En el caso del trabajo social como disciplina profesional de este sector, debe movilizar los recursos personales y grupales; para ello, debe involucrarse con los procesos de defensa de los derechos sociales. Cada profesional debe conocer el tipo de relación y las formas de intervención, a fin de poder contar con los medios necesarios para afrontar los conflictos que se susciten y en estos casos tener un profesional formado.

Las trabajadoras sociales deben mantener un estrecho contacto con la familia durante el periodo de internación, para recabar información necesaria para el equipo tratante, para orientar y apoyar a unos y a otros y para resguardar el lugar del paciente en la familia, evitando que se cierre en sí misma, excluyendo

⁵⁶ ELIZUR, Joel; MINUCHIN, Salvador. Familias, Terapia y Sociedad, Gedisa, S.A. Barcelona España, 2003., p. 125

de ese núcleo a quien debe regresar al ser dado de alta de la institución psiquiátrica.

Desde nuestra profesión, se tiene la responsabilidad de dar una respuesta válida al sufrimiento psíquico de las personas, a través del trabajo en red social, conociendo los diferentes factores que influyen en la determinación de esa situación en la que se debe operar relacionando lo global con lo particular.

Al hablar de salud mental, nos referimos a una serie de aspectos a nivel preventivo, educativo y cultura, un delicado equilibrio que pueda romperse y pasar de la salud a la enfermedad. El trabajador social como integrante indispensable del equipo interdisciplinario de salud mental, juega un papel importante al profundizar los aspectos sociales que intervienen en la etiología multifactorial de las enfermedades psiquiátricas. La estrecha relación que logra establecer con la familia, con los compañeros de estudio o del trabajo del paciente, con todos con los que integran el mundo relacional, contribuye decisivamente al enfoque integral del caso y a optimizar su rehabilitación.

Es fundamental para nosotras en cada intervención profesional, realizar un diagnóstico situacional que permita evaluar la interacción del paciente en diversos contextos además del familiar, con los grupos de pares, grupo de estudio o de trabajo y el grado de retracción al que su sintomatología lo condujo.

Día a día desde el respeto hacia el otro, sus derechos y posibilidades, participamos en la construcción de nuevas respuestas y realidades, basadas en la identidad y autonomía de las personas.

La enfermedad mental es una enfermedad difícil de tratar para hacerlo unidisciplinariamente; se requiere de un equipo interdisciplinario para obtener un enriquecimiento mutuo.

El ser humano definido como bio-psico-social precisa para el abordaje de los problemas clínicos la interrelación fructífera de los campos físicos, químicos, biológicos y sociales. La interrelación supone: una interacción, cooperación y circularidad entre las disciplinas, sus métodos, técnicas e instrumentos y formulación de cursos de acción.

Para hallar la interdisciplinariedad se considera:

- “trabajo en equipo: formación de actitudes cooperativas en el grupo.
- Intencionalidad: la relación entre las disciplinas debe ser provocada, no fortuita.
- Flexibilidad: apertura a la búsqueda de modelos, métodos y técnicas con posibilidad y reconocimiento de diálogo.
- Cooperación recurrente: continuidad en la cooperación para que se logre cohesión en el equipo.
- Reciprocidad: dada por la interacción entre las disciplinas que llevan al intercambio de metodologías.

La interdisciplina es además esencial como factor para el desarrollo del conocimiento; es importante en los abordajes reforzar los lazos entre las disciplinas que permita a cada profesional comprender las posturas de cada uno.

Los problemas que se presentan con más frecuencia en el trabajo interdisciplinario son:

- Ausencia de un lenguaje común entre las disciplinas.
- Hipertecnicismo teórico, discursos indescifrables.
- Oposición de saberes y enfrentamiento de poderes.
- Ausencia de una metodología adecuada para el trabajo en equipo.
- Falta de metas acordadas en común que permitan una coherencia de estrategias y tácticas terapéuticas.
- Descubrir el rol y funciones de los integrantes del equipo.
- Ausencia de respeto y superposición de los lugares profesionales.
- Falta de apoyo y desconfianza de las capacidades profesionales entre los miembros del equipo.
- Ausencia de liderazgo eficiente por parte de quien conduciría el eje del tratamiento.
- Dificultades en la toma de decisiones y en la gestión.
- Ausencia de metodología evaluativa del equipo de trabajo.
- Ausencia de supervisión externa del equipo de trabajo”.⁵⁷

Se plantea la necesidad de hablar un lenguaje en común que lleve a la construcción de un paradigma compartido, lo que permitirá que los códigos del equipo sean coherentes.

Atendiendo a lo característico de la salud mental, el Trabajador Social no se presenta como un profesional aislado que asume la atención del malestar psicosocial relacionado con los problemas de salud del paciente, sino que es

⁵⁷ STAGNARO, Juan c. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XIV, N°54. Vertex, 2004.

un miembro más del equipo, que persigue la atención integral en salud. De este modo, partiendo de una valoración global de la situación del usuario, el profesional de referencia podrá ser el médico, la enfermera o el profesional de Trabajo Social.

El quehacer del trabajo social en salud mental se orienta básicamente por acciones preventivo asistenciales, partiendo del concepto de salud como derecho básico, reconociéndola como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad. La salud mental es parte de la salud integral y parte del reconocimiento de la persona como ser bio-psico-social y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.

9.3 FUNCIONES DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL EN UNA INSTITUCIÓN PSQUIÁTRICA

Las funciones del trabajador social empiezan en la manera de atención del familiar del paciente, a las cuales pueden darse⁵⁸:

- A demanda del propio usuario o familia.
- Derivado por cualquiera de los miembros profesionales de la institución
- Completar el diagnóstico con la dimensión social.
- Valoración y diagnóstico social enmarcado o no en un protocolo, programa o servicio, por pertenecer al grupo de riesgo.
- Atender la demanda explícita del usuario expresada a otro profesional del servicio.

⁵⁸ Rol del profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud. Área de Apoyo Social. [online] [citado: 2 julio de 2009; 06:31:28] <www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/.../ROL_PROFESIONAL.pdf>

- Intervenir en problemas sociales de forma conjunta.

La intervención en el Área de Atención Directa puede ser:

- individual.
- Familiar.
- Grupal, siempre que se trate de pequeños grupos con características comunes y necesidad de atención.

El lugar donde se da puede ser:

- en consulta.
- En el domicilio.
- En otros ámbitos: instituciones, residencias, centros de acogida e incluso centros sociales cuando las circunstancias lo requieran, tras valoración.

Método

Desde el primer momento de la intervención, la finalidad terapéutica está presente, independientemente de que ésta siga todas las fases del proceso o termine en el primer contacto, por la naturaleza del proceso de hospitalización o por otros motivos.

A continuación exponemos el procedimiento a seguir en esta área, teniendo en cuenta que las distintas fases se dan en un proceso circular y dinámico.

9.3.1 El estudio

Estudio de los factores sociales que inciden o están relacionados con el proceso de salud mental, para lograr recopilar la información necesaria de la familia y su contexto, haciendo una exploración del sistema familiar, las interrelaciones y las relaciones con otros sistemas. Los elementos a estudiar incluye la persona, el entorno y el malestar o problema social.

En esta fase se incluye:

9.3.1.1 Análisis del informante:

lo que la persona considera problemático para el enfermo mental y su entorno.
Las expectativas del entrevistado sobre las posibles soluciones y el papel que desempeña en el mismo.

Lo que solicita del profesional.

La relación del entrevistado con el paciente.

9.3.1.2 Estudio de factores sociales:

cómo se percibe el problema de salud mental por parte de la persona.

El impacto que éste provoca al individuo y en la familia.

Las repercusiones de los factores sociales en el proceso de recaer con la enfermedad.

La detección del estrés psicosocial y su afrontamiento.

La familia y sus relaciones.

El contexto. Entorno/medio físico.

Red social de apoyo.

Análisis de recursos (personales, familiares, sociales, institucionales...) de acuerdo a cada situación. Valoración de potencialidades.

9.3.2 El diagnóstico social

Consiste en la comprensión de la situación del paciente en sus aspectos internos y externos e implica reflexionar y valorar sobre los tres elementos interrelacionados: la persona, el problema y la situación, para establecer las hipótesis de intervención. El proceso de diagnóstico se da de forma simultánea con la intervención siendo incluso parte de ella.

Incluye:

identificar los problemas y factores de riesgo social.

Relacionar los factores causales.

Priorizar las actuaciones.

Valoración de la posible evolución.

9.3.3 Intervención social

Se trata de establecer y realizar el plan de intervención con el usuario, con relación a su afrontamiento personal y del entorno.

La intervención establece objetivos e intervenciones a corto y mediano plazo, junto con el usuario, y estrategias para modificar su situación. Las intervenciones fundamentales se describen en el siguiente apartado.

9.3.3.1 Con la presencia del usuario:

- Estudio de los factores sociales para establecer una valoración diagnóstica y el plan de intervención con el paciente y con aquellos casos que lo requiera.
- Movilizar y potenciar los recursos internos (capacidades) y externos de las personas para que afronte adecuadamente la situación: estrategias de afrontamiento personal fomento de la Red Social de Apoyo (formal e informal).
- Información al paciente/familia sobre los servicios y programas existentes promoviendo la buena manera de intervención del proceso de enfermedad mental.
- Canalizar al paciente/familia poniéndolo en relación con otros que sufran el mismo problema y/o grupos de ayuda mutua existentes.
- Mediación en los conflictos del paciente con su entorno y con relación al proceso (relación, acuerdos familiares, organización de cuidados con el paciente).
- Evaluación por problemas abordados, concretando lo más posible.

9.3.3.2 Sin la presencia del usuario:

- coordinación Interinstitucional con los recursos que están implicados en la intervención ya sean públicos, ONG o privados.
- Coordinación interinstitucional con otros servicios del sistema como instituciones orgánicas.
- Reubicar al paciente en vista al alta.
- Gestión de exámenes con otras instituciones.
- Utilización de soporte documental (historia de salud, fichas, estadísticas, informes...). Realizar informes sociales.
- Participación en actividades de planificación y organización de los servicios.

Los objetivos de la intervención con el paciente, con la familia u otro actor involucrado en el proceso de internación son:

suministrar información

Dar explicaciones.

Proporcionar asesoramiento/orientación

Recontextualizar.

Realizar interpretaciones.

Negociar.

Persuadir.

Prestar asistencia práctica.

Proporcionar apoyo emocional.

Garantizar cuidados sociales.

Dar ánimo y seguridad.

Formar en Habilidades Sociales.

Contener la ansiedad.

9.3.4 Evaluación

Es un proceso continuo, en el que se analiza el grado de consecución de los objetivos propuestos en el plan de intervención. El usuario (familia o paciente) participa junto con el profesional o profesionales que han intervenido.

Incluye:

la evaluación del proceso y de los resultados.

Finalizar la relación de ayuda, ya sea porque se ha producido un adecuado grado de resolución del/los problemas del usuario/a o por decisión del mismo.

Mediar/Facilitar.

Educar.

9.4 POSIBLES FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN ESTE CAMPO DE ACCIÓN

El trabajo social es una profesión disciplinal que proporciona los principios de los derechos humanos y la justicia social, por medio de la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, específicamente se interesa en la resolución de los problemas sociales, las relaciones humanas, el cambio social y en la autonomía de las personas, todo lo anterior en su relación al contexto, en su participación como persona sujeto del desarrollo y en la mejora de la sociedad respecto a la calidad de vida en el plano bio-psicosocial.

Si bien el trabajo social psiquiátrico es un campo específico para la intervención, donde se investiga sobre los problemas más relevantes en salud mental, colabora en la institución u organismo gubernamental para cambiar y crear nuevas propuestas como programas preventivos que beneficien la salud mental del individuo y la familia, comparte la responsabilidad del diagnóstico con los demás miembros del equipo; por lo cual tiene la capacidad y las herramientas de realizar otras funciones, dentro de este accionar como profesional en ciencias sociales y de la salud, entre las cuales se destacan las siguientes:

- asesorar, proponer y compartir los conocimientos con un grupo interdisciplinario, que funcione en calidad de un mejoramiento de las condiciones y necesidades de los pacientes diagnosticados con depresión, donde sean visto como seres integrales y multicausales.

- Prestar un servicio continuo en la orientación y necesidades de las familias, partiendo de que ellas son el recurso fundamental en la recuperación del paciente.
- Detectar focos de ansiedad y conflicto en la familia por medio de la expresión verbal y no verbal de las familias y personas cercanas al paciente que pueden incidir directamente en el estado del paciente.
- Intervenir desde una mirada sistémica que integre al paciente, la familia y su grupo social como un sistema que funciona en la medida que todas sus partes se encuentren interrelacionadas.
- Determinar el factor social y familia dentro de las diversas causas que determinan el estado depresivo en los pacientes.
- Investigar constantemente junto al equipo interdisciplinario los nuevos métodos y conocimientos relacionados con salud mental, donde se proporcione una retroalimentación que permita que la intervención de cada profesional sea más profunda y eficaz.

10. CONCLUSIONES

- Se plantea la familia como el recurso fundamental para intervenir un trastorno depresivo, donde un trabajo terapéutico en el que intervenga la familia puede traer consigo respuestas positivas para el adolescente, el cual por su inmadurez biológica y psicológica, requiere un acompañamiento familiar incondicional.
- En los problemas de salud mental se hace necesario aplicar un enfoque familiar, con el fin de lograr una mejor comprensión tanto del problema como de los recursos (capacidades); así como las posibilidades de abordaje que podrían emplearse para el manejo familiar e individual. Para ello, es importante que el trabajador social no sea ajeno a esta realidad y especialmente adopte como modelo de intervención el enfoque sistémico, el cual le permita entender a la familia como una unidad funcional; como un sistema intermedio entre la sociedad y el individuo, ya que es enfoque integrador y complementario.
- En la enfermedad mental aparece el factor biológico como causante de los trastornos; sin embargo, en el proyecto de manera concreta se hizo relevante el factor social y familiar como causas incluyentes dentro del trastorno depresivo de los adolescentes hospitalizados en el HOMO.
- Se reconoció el factor social como influencia en los adolescentes, donde su exterior influye directa e indirectamente en su estado anímico, debido a la necesidad inherente que tiene el ser humano por ser reconocido y aceptado dentro de su medio social.

- Fue relevante encontrar en los adolescentes entrevistados, que en su mayoría se presentaron débiles y ansiosos frente a su cotidianidad, manifestando no sólo los grandes vacíos a nivel afectivo sino además grandes inconformidades e insatisfacción a nivel personal.
- Al ser la depresión una enfermedad mental que altera el estado anímico, la persona que lo padece debe contar con un apoyo terapéutico e interdisciplinario, debido a la sintomatología y consecuencias que puede traer tanto a nivel individual, como familiar y social.
- La hipótesis con la cual partimos a investigar e indagar sobre la influencia del entorno socio familiar con pacientes adolescentes con depresión, fue real, debido a que la estructura, conformación y relaciones que se establecen tanto en la familia como en la sociedad en la mayoría de los pacientes, presentan dificultades que libremente se podrían atribuir como el detonante o el motivo esencial para despertarse la depresión, debido a que ellos, asocian de inmediato un hecho, o alguna situación específica a nivel familiar o social que los ha tocado, produciendo en los adolescentes ansiedad y tristeza en períodos significativos, como un duelo no elaborado de un ser querido, abuso sexual, maltrato intrafamiliar, separación o discusiones con las parejas o amigos cercanos y/o problemáticas de alcohol o sustancias psicoactivas.

11. RECOMENDACIONES

- La familia se constituye en el apoyo esencial para una persona diagnosticada con depresión, la cual debe agotar los recursos y alternativas disponibles por medio de un profesional para intervenirla, reconociendo que la hospitalización puede llegar a ser la última opción; no obstante, cuando la persona que la padece es un enfermo crónico, quien ya cuenta con un historial clínico, la hospitalización suele ser importante debido a que hace parte del proceso de estabilización de la enfermedad mental.
- Se recomienda que la intervención que realice el trabajador social dentro de su modelo terapéutico tenga como objetivo detectar focos de ansiedad y conflicto en la familia, ya que este grupo se puede ver como el mayor generador de patologías para el paciente, incidiendo de manera positiva o negativamente. Por ello, es importante que el profesional realice una cuidadosa evaluación de la dinámica familiar (dificultades y fortalezas) y de sus niveles de satisfacción y bienestar, con el fin de entender y ayudar al paciente a lograr la realización más completa posible de sus capacidades en un sentido positivo, donde pueda obtener una mejor aceptación y tolerancia no sólo de si mismo sino también en el ámbito familiar y comunitario, y así lograr cambios favorables en el sistema familiar y optimizar las capacidades con las que cuenta el núcleo familiar.
- Dado las múltiples dificultades que presentan los adolescentes depresivos a nivel familiar, se propone desde el trabajo social realizar orientaciones e intervenciones sistémicas con la familia y el paciente en su proceso de recuperación, trabajando no sólo la estabilización de la

enfermedad mental, sino el incluir un trabajo conjunto en el cual, el paciente se apropie e integre nuevamente a su red social, familiar, laboral, afectiva y conductual.

- Para ejecutar el proyecto se debe tener en cuenta la labor y orientación que los profesionales le dan a la intervención con los pacientes, los cuales dentro de sus funciones deben implementar e incluir nuevos conceptos y metodologías para intervenir al paciente y su familia desde un modelo integral.
- Las temáticas de la salud y enfermedad mental son extensas e interesantes; en esta oportunidad se trata la depresión, la cual hace parte de uno de los diversos trastornos que existen; sin embargo hay otros interesantes como la esquizofrenia o el trastorno afectivo bipolar que al igual que el trastorno depresivo, la padecen demasiadas personas, lo que debería llamar la atención en futuros investigadores, los cuales quieran innovar e indagar acerca del tema, y aunque se han pronunciado actualmente y con regularidad, no han profundizado lo siguiente sobre lo social en dichas patologías.

12. BIBLIOGRAFÍA

AGUDELO B., María Eugenia; ESTRADA, A., Piedad. Retomado de la investigación sin publicar: Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en adolescentes del Municipio de Medellín, 2009. 21-22 p.

AMICO, Lucía del Carmen. La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de atención. 1ª ed. Buenos Aires – Espacio Editorial, 2005. 43 p.

ANDER EGG, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social, Buenos Aires, 1995. 128 p.

BARLOW, David H. Psicopatología. 3ª ed. Thompson, 2003. 226,228 p.

BECERRA DE LEDESMA, Rosa: Elementos Básicos para el Trabajo Social psiquiátrico. Ed. ECRO. Argentina, 1972. 136 p.

BERENSTEIN, I. Familia y enfermedad mental. Ed., Paídos. Buenos Aires, 2001. 41,42 p.

CHINCHILLA MORENO, Alfonso. La depresión y sus mascararas: aspectos terapéuticos, ed. Panamericana, 2008. 20,94 p.

DE LOS RIOS, Alfredo. Un siglo de Psiquiatría en Antioquia. Boletín Comité de Historia de la Medicina, Vol. 3 No. 1. Universidad de Antioquia, Medellín 1981. 8-27 p.

ELIZUR, Joel; MINUCHIN, Salvador. Familias, Terapia y Sociedad, Gedisa, S.A. Barcelona España, 2003.125 p.

ESTRADA ARANGO, Piedad, TORRES DE GALVIS, Yolanda, entre otros. Salud Mental de niños y adolescentes provenientes de familias nucleares, padres separados y otras formas de organización familiar. Universidad Pontificia Bolivariana. Grupo de Investigación Familiar, Universidad CES. Grupo de investigación Salud Mental. Medellín, 2008. 46 p.

Familia y cambio en Colombia. Memorias del seminario – taller sobre familia. UNICEF. Ed. Lito, 1989. 92 p.

FERNÁNDEZ GARCÍA, Tomás. Trabajo social con casos. Madrid. Ed. Alianza, 2005. 85 p.

FERRER, C: Psiquiatría comunitaria: Tratado de psiquiatría. Arán Ediciones S.A. Madrid, 2000. 136 p.

GARCÍA SALORD, Susana. Especificidad y rol en trabajo social. Ed. Lumen Humanista, 1998. 17 p.

GÓMEZ RESTREPO, Carlos, HERNÁNDEZ BAYONA, Guillermo. Fundamentos de la psiquiatría clínica: niños adolescentes y adultos 1ª ed. Centro Editorial Javeriano. 404,409 p.

GUTIÉRREZ DE PINEDA, Virginia. La familia en Colombia trasfondo histórico. Universidad de Antioquia. Medellín, 2ª ed., 1997. 131 p.

GUTIERREZ, Dulanto. El Adolescente. Ed. Mc Graw Hill, Interamericana de Autores. México. 2000. 1322 p.

QUINTERO VELÁSQUEZ, Ángela María. Trabajo social y procesos familiares. Buenos Aires. 1ª ed. Lumen, 2004. 19, 20, 21, 40, 41 p.

- - - - - Diccionario especializado en familia y genero 1ª ed. Buenos Aires, Lumen 2007. 59 p.

LÓPEZ DE ECHEVERRI, Olga Lucía. Teoría general de sistemas. 1996. 33,42 p.

MENDIZABAL RJ, Anzures LB La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex 1999. 191-197 p.

MOLINA VÉLEZ, Beatriz María. El anciano y la familia en: seminario de investigación y experiencias de trabajo con viejos por un proceso de envejecimiento activo. Medellín, 1990. 5,10 p.

RAYMUNDO, Macías. REV. Un modelo de evaluación en terapia familiar. 177 p.

SILBER, Tomas J. MUNIST, Mabel M. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Mundial de la Salud. Washington. Organización Panamericana de la Salud 1992. 428 p.

STAGNARO, Juan c. Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. XIV, N°54. Vertex, 2004.

TALCOTT; Parsons. El sistema social. Ed. Revista de Occidente, S. A., Madrid, 1966. 24, 25, 26, 27, 29,31, 33, 34,44 p.

Terapia Familiar: el tratamiento de elección para los adolescentes. España. 1989. 15 p.

13. CIBERGRAFÍA

COBO OCEJO, Paloma. La depresión en los adolescentes. En Revista Mexicana de Orientación Educativa. N°8, Marzo-Junio de 2006. [online] [citado: 3 de marzo de 2009; 08:50:23] <www.remo.ws/>.

Estructural-funcionalismo Robertk. Merton y Talcott Parsons. [online] [citado: 16 de Octubre de 2009; 02:55:08] <www.slideshare.net/...talcott-parsons-2063880->

COBO OCEJO, Paloma. La depresión en los adolescentes. En Revista Mexicana de Orientación Educativa. N°8, Marzo-Junio de 2006. [online] [citado: 20 de octubre de 2009; 08:50:23] <<http://www.remo.ws/revista/n8/n8-cobo.htm>>

HERRERA, Pepa. Depresión <<<http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar>>-junio.2009

Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana (CISD). [online] [citado: 14 de Agosto de 2009; 02:35:25] <www.depresion.psicomag.com/>

OMS. Temas de salud. Salud Mental. En Organización Mundial de la Salud. [online] [citado: 29 agosto de 2009; 10:14:09] <www.who.int/topics/mental_health/es/>

Historia. Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquia. [online] [citado: 15 de diciembre de 2009; 13:20:50] <<http://www.homo.gov.co/html/inte.asp?sec=2&pag=1>>

JIMÉNEZ, HEIDI V.; VÁSQUEZ, JAVIER El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. En Revista Panamericana de Salud Publica vol.9 no.4 Washington Apr. 2001[online] [citado 5 de Agosto de 2009; 08:05:10] <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-9892001000400016&script=sci_arttext >

Comité Consultivo Nacional para personas con discapacidad. En Ministerio de Protección Social República de Colombia [online] [citado 28 de junio de 2009; 10:50:45] < <http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/salud.html> >

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adopción: asamblea general de la ONU, Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991[online] [citado 28 de junio de 2009;14:30:45] <<http://ordenjuridico.gob.mx/tratlnt/derechos%20humanos/otros%2014pdf>>

PAUCHARD, HÉCTOR.; PAUCHARD, PAULINA. Reglas para Mantener y Mejorar la Salud Mental. En avances en relaciones humanas [online] [citado de Agosto de 2009; 08:05:10] <www.relaciones-humanas.net/saludm.html>

Rol del profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud. Área de Apoyo Social. [online] [citado: 2 julio de 2009; 06:31:28] <www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/.../ROL_PROFESIONAL.pdf>

ANEXOS

Anexo A

RASTREO DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLINICAS	
<p>FECHA: 26/27 Noviembre 2009 HORA DE INICIO: 8:00am y Hora final: 6:00pm</p>	<p>LUGAR: Hospital Mental de Antioquia</p>
<p>OBJETIVO: indagar las historias clínicas de los pacientes adolescentes en el Hospital Mental de Antioquia con el fin conocer la estructura y la dinámica familiar, así como también tener una previa información sobre los aspectos a profundizar.</p>	
<p>HISTORIAS CLÍNICAS: pacientes hospitalizados en el pabellón de adolescentes del Hospital Mental de Antioquia</p>	<p>CARACTERÍSTICAS: pacientes adolescentes diagnosticados con Depresión</p>
<p>INVESTIGADORAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alexandra López Avendaño - Natalia Amariles Yarce - Yulieth Zapata Vásquez 	<p>UBICACIÓN: pabellón Adolescentes del Hospital Mental de Antioquia</p>
ASPECTOS A INDAGAR	
<p>A nivel Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipología familiar - Dinámica familiar - Antecedentes de Enfermedad Mental - Fortalezas y Debilidades 	<p>A nivel Individual (paciente)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escolaridad - Motivo de la(s) Hospitalización - Factores de riesgo
<p>OBSERVACIONES: Se tendrán en cuenta los informes dados desde psiquiatría, psicología y trabajo social. Se recoge tanto la información personal del paciente desde sus diferentes esferas como ser humano biosicosocial.</p>	

Anexo B

LECTURA DE HISTORIAS CLÍNICAS	
FECHA: 26/27 Noviembre 2009 HORA DE INICIO: 8:00am y Hora final: 6:00pm	LUGAR: Hospital Mental de Antioquia
OBJETIVO: identificar aspectos que incidan directamente con la estabilidad del paciente depresivo a nivel social y familiar.	
INVESTIGADORAS: <ul style="list-style-type: none">- Alexandra López Avendaño- Natalia Amariles Yarce- Yulieth Zapata Vásquez	CARACTERÍSTICAS: pacientes hospitalizados en el pabellón adolescentes diagnosticados con depresión
OBSERVACIONES: <p>La lectura de las historias clínicas permitió identificar cómo la gran mayoría de los pacientes hospitalizados con depresión presentan dificultades en cuanto a la forma de suplir sus necesidades básicas existenciales, así como también situaciones de riesgo que inciden directamente con la estabilidad de éste, tales como:</p> <p>A nivel Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Alcoholismo en el padre- Manejo inadecuado de la comunicación y de la autoridad- Violencia intrafamiliar- Empleo informal- Antecedentes de enfermedad Mental- Carencia económica- Abandono del padre y de sus responsabilidades parentales <p>A nivel individual (paciente)</p> <ul style="list-style-type: none">- Abuso Sexual- Drogadicción sólo en algunos pacientes depresivos- Dependencia económica- Intentos suicidas- Duelos no elaborados- Hostilidad- Relaciones conflictivas a nivel de pareja- Homosexualidad	

Anexo C

OBSERVACION PARTICIPANTE	
<p>FECHA: 1,2,3,4,5 Diciembre 2009 HORA DE INICIO: 9:00am y Hora final: 4:00pm</p>	<p>LUGAR: domicilio de los pacientes</p>
<p>OBJETIVO: verificar la información suministrada por el paciente y de la lectura de las historias clínicas del HOMO (Hospital Mental de Antioquia) así como también aspectos que incidan directamente con la estabilidad del paciente depresivo a nivel social y familiar.</p>	
<p>OBSERVADORAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alexandra López Avendaño - Natalia Amariles Yarce - Yulieth Zapata Vásquez 	<p>OBSERVADOS:</p> <p>Familias de los pacientes adolescentes hospitalizados diagnosticados con depresión</p>
<p>OBERVACIONES: se tendrá en cuenta la información recolectada tanto en las historias clínicas como en las entrevistas con los pacientes, donde se corroborara dichos datos.</p> <p>Se pretende además observar y analizar el contexto socio familiar del paciente, así como también la participación activa o pasiva de los todos los miembros con el fin de detectar su influencia positiva o negativa para el trastorno depresivo del adolescente; por consiguiente también es de gran importancia observar bajo qué condiciones habita el paciente y cómo son las manifestaciones parciales y afectivas a nivel conyugal, parental y fraternal.</p>	

Anexo D

ENTREVISTA	
<p>FECHA: 26/27 Noviembre 2009</p> <p>DURACIÓN DE LA ENTREVISTA: Aproximadamente 40 min a 60 min</p>	<p>LUGAR: Hospital Mental de Antioquia. Pabellón adolescente.</p>
<p>ENTREVISTADORAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alexandra López Avendaño - Natalia Amariles Yarce - Yulieth Zapata Vásquez 	<p>ENTREVISTADOS: pacientes adolescentes hospitalizados diagnosticados con depresión del pabellón “adolescentes” del HOMO (Hospital Mental de Antioquia)</p>
<p>OBJETIVO: Indagar sobre el paciente, familia y entorno social a través de la aplicación de este instrumento, con el fin de conocer si existen factores sociales y/o familiares que incidan directamente con la aparición del trastorno depresivo.</p>	
<p>OBSEVACIONES: aplicar el formato de entrevista el cual permita ampliar datos y hechos significativos del paciente, y así mismo conocer la estructura y dinámica familiar del paciente, ya que ésta por medio del criterio de paciente y familia suele convertirse en la fuente más confiable para dar respuesta al objetivo de la investigación. De igual forma identificar fortalezas que puedan ayudar a su pronta recuperación.</p>	

Anexo E

ENTREVISTA	
FECHA: 1,2,3,4,5 de diciembre 2009 DURACIÓN DE LA ENTREVISTA: Aproximadamente 40 min a 60 min	LUGAR: Domicilio pacientes
ENTREVISTADORAS: <ul style="list-style-type: none">- Alexandra López Avendaño- Natalia Amariles Yarce- Yulieth Zapata Vásquez	ENTREVISTADOS: familia de los pacientes adolescentes hospitalizados diagnosticados con depresión del pabellón "adolescentes" del HOMO (Hospital Mental de Antioquia)
OBJETIVO: conocer por medio de la aplicación de este instrumento, los antecedentes de enfermedad mental, infancia y adolescencia del paciente así como también sucesos traumáticos en él. Se tendrá en cuenta las condiciones socioeconómicas donde reside la familia y el paciente y como estas inciden directamente con la estabilidad y armonía familiar.	
OBSEVACIONES: se clasificarán de acuerdo a las respuestas, qué hechos y sucesos significativos, sociales o familiares, han incidido directamente como detonante del trastorno depresivo.	

ENTREVISTA

La entrevista está orientada por las estudiantes de trabajo social décimo semestre de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, con el fin de identificar la incidencia del entorno socio-familiar en la aparición de la depresión de pacientes adolescentes del Hospital Mental de Antioquia.

Previo a la entrevista se resaltaré al entrevistado la confidencialidad de la información suministrada y su identidad.

Entrevista para los pacientes adolescentes que se encuentran hospitalizados en el HOMO (Hospital Mental de Antioquia) diagnosticados con Depresión y a sus respectivas familias.

Con el paciente:

A nivel individual

1. ¿Qué actividades usuales realiza?
2. ¿En qué invierte su tiempo libre?
3. ¿Cuál considera usted que sea el motivo de su depresión?
4. ¿Si tuviera la oportunidad de cambiar algo que te hace sentir triste, que cambiaría y/o mejoraría?
5. ¿Se impacienta o se estresa fácilmente por alguna situación específica?
6. ¿Qué suceso significativo ha marcado su vida?
7. ¿Se sientes satisfecho contigo mismo?

A nivel familiar

1. ¿Hay antecedentes de enfermedad mental en su familia? ¿Cuál y cómo se ha presentado?
2. ¿Tiene hermanos? Qué lugar ocupa entre ellos?
3. ¿Con cuál de sus hermanos te identificas más y por qué?
4. ¿En algún momento has sentido que tus padres tienen preferencia por alguno de sus hermanos? Si, no y cómo te afecta?
5. ¿Su familia se une para la toma de decisiones importantes?
6. ¿Qué tipo de apoyo recibes de su familia y que otro apoyo desearía recibir?
7. ¿Cuándo alguien de la familia presenta un problema y/o dificultad, los demás miembros se unen para brindarle apoyo?
8. ¿Dentro del grupo familiar hay espacios destinados para el diálogo?
9. ¿Cómo percibe la relación de pareja de tus padres?
10. ¿Las tareas dentro del hogar son distribuidas equitativamente?
11. ¿Sus padres ejercen autoridad sobre usted? De qué forma?
12. ¿Qué tipo de normas se manejan dentro de tu núcleo familiar?
13. ¿No estás de acuerdo con alguna norma establecida dentro de su hogar? Si, no y por qué?
14. ¿Qué visión tiene de su familia?
15. ¿Qué actitud toma frente algo que te genere molestias dentro de tu familia?

16. ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por los demás miembros?
17. ¿Todos en la familia se expresan libremente, pueden discutir diferentes temas sin temor de ser juzgados?
18. ¿Existe algo de su familia que incida directamente en tu estado depresivo?
19. ¿Qué acontecimiento negativo ha sucedido dentro de su familia, el cual lo predisponga?
20. ¿A nivel familiar, se han enfrentado a alguna situación que los haya obligado a cambiar su estilo de vida habitual? Si, no de qué forma fue afrontado?
21. ¿Alguien de su familia presenta alguna adicción? Si o no y cómo esto afecta la dinámica de la familia?
22. ¿En algún momento has sentido rechazo por algún miembro de su familia? Y cómo fue su reacción?
23. ¿Qué actitud asume la familia frente a su depresión?
24. ¿Antes de que te diagnosticaran depresión, cómo era la relación con su familia?
25. ¿Siente que se ha afectado tu vida familiar desde el momento que te empezó la depresión?

A nivel social

1. ¿Existe alguna presión a nivel social (escuela, amigos, comunidad) que haga que te deprimas?

2. ¿Posees un grupo limitado de amigos o por lo contrario eres muy amigable?
3. ¿Es fácil para usted relacionarse o entablar conversación con otras personas?
4. Si tienes pareja actualmente ¿Cómo es la relación con tu pareja?
5. ¿Cuántas relaciones de pareja has tenido estableces y cómo han sido emocionalmente para ti?
6. ¿Antes de que te diagnosticaran depresión, cómo era la relación con las personas?
7. ¿Sientes que se ha afectado tu vida social desde el momento que te empezó la depresión?
8. ¿Qué visión tienes de su vida actualmente?
9. ¿Qué proyecto de vida te has planteado y cómo lo piensas realizar?
10. ¿La depresión ha ocasionado que la realización de sus sueños se vean afectados?

Con la familia

A nivel individual (el Paciente)

1. ¿Antes de la hospitalización el paciente había tenido alguna otra conducta depresiva?
2. ¿El paciente en su niñez vivenció algún hecho o acontecimiento estresante o perturbador para él?
3. ¿A qué cree que corresponda la depresión actual del paciente?

A nivel familiar

1. ¿Qué familiar aparte del paciente ha presentado el trastorno depresivo?
2. ¿Cómo ha sido la relación de la familia antes y después de la enfermedad mental de su paciente?
3. ¿Cómo es la comunicación en la familia?
4. ¿Cuándo alguien de la familia presenta un problema y/o dificultad, los demás miembros se unen para brindarle apoyo?
5. ¿Las tareas dentro del hogar son distribuidas equitativamente?
6. ¿Los padres ejercen autoridad sobre el paciente? De qué forma
7. ¿Cómo se han manejado las normas dentro del grupo familiar, antes y después de la depresión del paciente?
8. ¿Cómo es la relación entre el paciente y sus padres?
9. ¿Cómo es la relación del paciente con sus hermanos?
10. ¿Se expresan libremente y de forma adecuada dentro del hogar?
11. ¿Dentro del grupo familiar hay espacios destinados para el diálogo?
12. ¿Cómo es la participación del paciente dentro de su grupo familiar?
13. ¿A nivel familiar se han presentado dificultades atribuidas a la enfermedad mental del paciente?
14. ¿Crees que la familia ha apoyado al paciente en su recuperación y estabilización?
15. ¿A nivel familiar, han habido cambios habituales y significativos que hayan generado traumas en el paciente o algún otro miembro de la

familia?

16. ¿Todos los integrantes de la familia logran suplir sus necesidades básicas existenciales (alimento, vestido, salud, vivienda)?

17. ¿Crees que la carencia de alguna de estas necesidades puede generar en la familia tensión?

A nivel social

1. ¿Cómo es la participación del paciente en eventos sociales?

2. ¿Cómo es la forma del paciente relacionarse con otras personas?

3. ¿El paciente tiene un grupo limitado de amigos o por el contrario es muy amigable?

4. ¿Cómo ha sido el comportamiento del paciente en sus diferentes espacios de socialización?

5. ¿Al paciente se le dificulta relacionarse con los demás y/o mantener conversaciones amigables?

6. ¿Quisiera ampliar o rescatar alguna información sobre el paciente?

7. ¿Se ha visto afectada la vida social de la familia desde la enfermedad mental del paciente?

8. ¿Les gustaría otro tipo de intervención por parte del HOMO? ¿Cuál?