



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE
FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA
FAMILIARES Y RELACIÓN EN LA REMISIÓN
DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN
PACIENTES TRATADAS EN EL PROGRAMA DE
DEPRESION SEVERA EN HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS CURICO

CAROLINA DEL CARMEN NÚÑEZ ROJAS

Profesor Guía: María Liliana Contreras Alarcón

Tesis de Estudio de caso presentado en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al grado académico de Magíster de Psicología Social Mención en Intervenciones Psicosociales

Noviembre 2012

Valparaíso, Chile

Dedicatoria

A Dios.

Por haberme dado la fuerza para continuar este proceso y terminarlo, por darme salud y por su infinita bondad y amor.

A mis padres

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante pero principalmente por su amor incondicional.

A mis familiares

A mi querido hermano Rodrigo, a quien siempre he admirado, valorado, el cual me ha apoyado en cada desafío tanto personal como Profesional, te quiero mucho, a Claudia mi cuñada, quien me acogió en su hogar en mi nuevo desafío, a mis sobinas del alma Sofi, Rena y Trini, quienes son todo para mí, mis princesas amadas; a mi Tía Juanita quien siempre ha sido mi segunda Madre acogedora y sostenedora en los momentos de felicidad y tristeza; a Tía Tete por acompañarme en este proceso de crecimiento Profesional.

A mis Amigos

Querida y linda Familia Contalba Pereira: Gabriel, Marlene, Dany y Carito, quienes me apoyaron en todo mi proceso de Tesis con trasnoches, pero agradezco el haber vivido lindos momentos juntos y el saber que cuento con verdaderos amigos.

A Evelyn, quien desde el principio me brindo su amistad incondicional, la cual perdurará por siempre a pesar de la distancia.

A Doctora Verónica Vitriol

Por confiar en mi Profesionalismo, por depositar su confianza en mi persona, por reconocer mi trabajo, siempre estaré eternamente agradecida de Usted.

A mi Docente

Sra. Liliana, ha sido un largo proceso, en el cual agradezco enormemente su apoyo, paciencia y constancia para la culminación de mis estudios.

¡GRACIAS A TODOS!

CONTENIDOS

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I.- ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPIRICOS	10
1.1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS CENTRALES	10
1.1.1.- Salud Mental	10
1.1.2.- Depresión	10
1.1.3.- Factores Ambientales y Familiares	11
1.1.4.- Plan Nacional de Salud Mental	12
1.1.2.2.- Sistema de Garantías Explícitas en Salud Depresión	14
1.1.2.3.- Programa de Salud Mental	16
1.2.- MARCO TEORICO	17
1.2.1.- Apoyo Social	17
1.2.2.- Funcionamiento Familiar	20
1.2.3.- Teoría de Sistemas	22
1.2.4.- Enfoque Estructural	23
CAPITULO II.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	27
CAPITULO III.- OBJETIVOS	30
CAPITULO IV.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
IV.1.- MARCO METODOLÓGICO	31
IV.1.1.- Tipo de Estudio	31
IV.1.2.- Tipo De Diseño	31
IV.1.3.- Diseño de la Muestra	32
IV.1.4.- Técnica de Investigación	37
IV.1.5.- Instrumentos Utilizados	37
▪ ESCALA DE APOYO SOCIAL DE PROCIDANO Y HELLER	37
▪ ESCALA DE EVALUACIÓN PARA LA DEPRESION DE HAMILTON39	
▪ APGAR FAMILIAR	43
▪ FACES III	44
V.- CONDICIONES ETICAS	49
CAPITULO VI.- RESULTADOS	50

|

CAPITULO VII.- CONCLUSIONES	65
COMENTARIOS FINALES	71
BIBLIOGRAFIA	75
APENDICES	84
Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado	86
Anexo 2. Entrevista Psiquiátrica semiestructurada para Investigación	88
Anexo 3. Instrumento de Evaluación de Apoyo Social	90
Anexo 4. Instrumento de Evaluación Hamilton	93
Anexo 5. Instrumento de Evaluación APGAR FAMILIAR	96
Anexo 6. Instrumento de Evaluación FACES III	98
Anexo 7. Referencias de Investigaciones Nacionales como Internac.	103
Anexo 8. Tabulación de Test por Puntaje y Resultado	106
Anexo 9. Tablas de Frecuencia por Test Aplicados	112
Anexo 10. Propuesta Protocolo Paciente con Depresión y riesgo suicida	128
Anexo 11. Propuesta Tarjetón de Salud Mental	144

RESUMEN

A través de la presente investigación se realizó un estudio descriptivo donde se estudiaron las variables de funcionamiento - estructura Familiar, remisión sintomatológica depresiva en pacientes ingresadas al Programa SIGGES del Hospital Base Curicó; determinando si las variables de estudio tuvieron relación con el Apoyo social.

El método de recolección de información, fue a través de test: Hamilton para medir sintomatología depresiva, FACES III para medir cohesión y adaptabilidad, APGAR para medir funcionamiento familiar, Apoyo Social, Apoyo Familiar.

Los resultados obtenidos permitieron realizar una metodología de trabajo integral y multidisciplinaria, que se enfocó a la realidad social, familiar y sintomatología depresiva de las pacientes que ingresaron a tratamiento en Unidad de Psiquiatría y Salud Mental de Hospital San Juan de Dios Curicó, demostrando el estudio que predominó la atención Médico Psiquiátrica (Modelo Biomédico) por sobre la atención Psicológica; además, se visualizó en la pacientes una baja percepción de Apoyo Social y Familiar, finalmente se produjo una remisión de la sintomatología depresiva de las pacientes al sexto mes de tratamiento.

ABSTRACT

Through this research we undertook a descriptive study which examined the operation and structure variables Family depressive symptomatic remission in patients admitted to Base Hospital Program SIGGES Curicó, determining whether the study variables were related to social support. The data collection method was through test: Hamilton to measure depressive symptoms, FACES III to measure cohesion and adaptability to measure family functioning APGAR, Social Support, Family Support.

The results obtained allowed for a comprehensive methodology and multidisciplinary work, which focused on the social, family and depressive symptoms of patients who entered treatment in Unit of Psychiatry and Mental Health Hospital San Juan de Dios Curicó examination showed prevailing medical and psychiatric care (biomedical model) over Psychological care; also be visualized in patients with a low perceived social support and

|

family, he finally produced a remission of depressive symptoms of patients after six months of treatment.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones epidemiológicas han reflejado que por su elevada prevalencia, las enfermedades mentales en general y la depresión en particular, han constituido uno de los principales desafíos sanitarios del presente (OMS, año 2006). Un estudio Latinoamericano de prevalencia en tres grandes ciudades de Brasil (Austin MP; Souza FG; Goodwin GM, 2001), encontrando prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1.9 y 5.9 % para hombres, y 3.8 a 14.5 % en mujeres. A su vez en Chile, el estudio de prevalencia general de Santiago, se encuentran dos estudios de prevalencia general: utilizando la entrevista estructurada de CIS-R, muestra una prevalencia para “estados depresivos” semanal total de 5.5; (2.7% para hombres y 8.0% para mujeres); y el estudio de prevalencia de patología psiquiátrica en población general, consultantes y adolescentes realizado en cuatro ciudades grandes de Chile, mostró que los cuadros depresivos en Chile ocupó el décimo lugar de AVISA (Austin MP; Souza FG; Goodwin GM, 1991).

Por otra parte, existe la evidencia de que los cambios derivados de los procesos de modernización han contribuido a hacer más visible los problemas económicos, laborales, familiares y de salud mental, existiendo algunos factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales, los accidentes y enfermedades crónicas se vinculen con el estilo de vida. Estos datos, teniendo como referente diversos estudios de prevalencia realizados tanto a nivel internacional y nacional hacen que la salud mental y la depresión en particular, sean uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas (Chiualiaf E, 2009).

Estos datos han contribuido a que la depresión haya sido incluida como uno de los programas prioritarios para la atención en salud mental pública; iniciando en el año 2001 El programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión, logrando en tres años generalizar a todos los centros de atención primaria de salud de Chile, articulándose con los centros de atención psiquiátrica (Minoletti, A; Zaccaria, A, 2005).

|

En el Programa, se ha declarado prestar atención especial al cuidado integral de los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial, lo que ha ayudado a sistematizar y orientar el trabajo cotidiano de los equipos de salud mental y a mejorar la capacidad resolutive de los equipos de atención primaria. Algunas evaluaciones del programa en atención primaria han sugerido que a pesar de lo declarado como principio, las acciones siguen orientadas fundamentalmente desde la perspectiva biomédica, siendo los aspectos psicosociales un tema accesorio (Hernández, 2002, Contreras, 2006). Sin embargo, se reconoce el aporte que ha significado la inclusión en el Programa de la influencia del Apoyo Social en la evolución de la Depresión. Desde el nivel secundario se ha prestado real atención al trabajo psicosocial basado en el enfoque multidisciplinario centrado tanto en el individuo, familia, grupo; pero, se ha descuidado desde el punto de vista práctico el seguimiento de los casos con depresión severa, no existiendo indicadores específicos desde el ingreso, el proceso y el posterior alta del paciente. Este aspecto motiva la presente investigación, cuyo objetivo es profundizar sobre la influencia del apoyo social, específicamente en los aspectos relacionados con la familia en la clínica evolución de las personas que ingresan al Programa.

En relación a la idea anterior, el apoyo social respecto de la salud mental ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados; siendo claramente establecida su influencia sobre el bienestar psicológico tanto en sus aspectos funcionales (funciones que cumplen las relaciones sociales), como las estructurales (composición de las redes sociales) (Herrero y Musitu, 1998). Por otra parte, la falta de apoyo social también parece tener un efecto negativo sobre los tratamientos (Zlotnick C; Shea MT; Pilkonis PA; Elkin I; Ryan C; Gender, 1996); y, la carencia de apoyo social también se ha visto que afecta el grado de severidad de los síntomas depresivos (Romanov K; Varjonen J; Kaprio J; Koskenvuo M, 2003), aunque no todos los estudios han podido demostrar esta relación (Hirschfeld RMA; Klerman GL; Andreasen MC; Clayton PJ; Keller MB, 1986)

|

La literatura señala que la principal fuente de apoyo social, especialmente en el caso de enfermedades crónicas lo constituyen las familias (Velasco y Sinibaldi, 2001). Por otra parte las familias también son afectadas cuando un miembro enferma (Reverson TA, 1993).

El Apoyo Familiar es una de las dimensiones, más evaluadas cuando se considera la funcionalidad de la familia (APGAR). Por otra parte, autores como Minuchin y Olson han señalado que existen aspectos estructurales, tales como el grado de vinculación emocional y la flexibilidad de los roles y reglas, que podrían mediar en el apoyo que los miembros de la familia pueden brindarse.

Considerando la cronicidad de las pacientes han sido prioridad programática de acuerdo a la Garantías Explícitas en Salud, respecto de la prevalencia, y el tratamiento biomédico ofrecido que han recibido las pacientes diagnosticadas de Depresión, desde el ingreso hasta el término del proceso de tratamiento; la presente investigación se centró en estudiar el funcionamiento, estructura familiar, el apoyo social en relación a la remisión sintomatológica depresiva que presentaron las pacientes que ingresaron a tratamiento en Centro de Producción de Psiquiatría y Salud Mental en Hospital San Juan de Dios de Curicó. El propósito de esta investigación fue incorporar antecedentes psicosociales relevantes que permitan ampliar la comprensión de la problemática depresiva en un Establecimiento de Salud Público.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES TEORICOS Y EMPIRICOS

1.1.- DEFINICION DE CONCEPTOS CENTRALES

Existen una serie de condiciones, asociadas a una determinada patología psiquiátrica que afectan el curso y pronóstico de la enfermedad. Se trata de factores, algunos propios de la enfermedad, otros de orden social y económico, factores demográficos como el sexo y la edad, amenazas graves como conflictos y desastres, antecedentes de trauma físico y psicológico, la presencia de enfermedades físicas importantes, y un entorno familiar disfuncional, que de alguna u otra forma le agregan una cuota de gravedad y complejidad a la enfermedad mental. Algunos de ellos se describen a continuación:

1.1.1.- SALUD MENTAL

La OMS (2004) la define como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es decir, se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Por ello, los problemas de salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no solo a un segmento limitado o aislado de la misma, constituyendo de esta manera un desafío importante para el desarrollo en general.

1.1.2.- DEPRESION

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el Mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. “El trastorno depresivo mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras” (Catholic Health, 2010))

|

La depresión, es una patología que habitualmente comienza en la década de los 20 evolucionado habitualmente hacia la cronicidad. Según las pautas de la American Psychiatric Association solo algunas personas con Depresión Mayor suelen presentar un episodio, entre un 50 -85% este se complica de un segundo cuadro y con dos fases la posibilidad de un tercer episodio es de un 100 %. Cuando existen más de un episodio se habla de depresión recurrente. Solamente entre un 20-35 % de las personas con cuadros recurrentes tienen restitución al integrum en las tres fases, quedando en su mayoría con síntomas residuales y disminuyendo su nivel de adaptación social y laboral. Por lo anterior, es que se considera que la evolución de esta enfermedad es hacia la cronicidad con elevados costos directos e indirectos en salud por morbilidad y mortalidad; es responsable de un tercio de los días de trabajo perdidos, concentra más del 40% de las licencias médicas, representa al menos un 25% de las consultas a médicos generales en la Atención Primaria. Más de la mitad de las muertes por suicidio se deben a depresión, estas personas experimentan el doble de mortalidad que la población general. (V. Vitriol, 2008)

1.1.3.- FACTORES FAMILIARES Y AMBIENTALES (Brown et al. 1972; Leff et al. 1987).

Los trastornos mentales están firmemente enraizados en el entorno social del individuo, y su aparición, evolución y pronóstico dependen de diversos factores sociales. Durante su vida, las personas atraviesan por una serie de acontecimientos significativos, tanto menores como de gran importancia. Pueden ser, además, favorables (como un ascenso laboral) o adversos (por ejemplo, la pérdida de un ser querido o la quiebra de un negocio). Se ha constatado la acumulación de acontecimientos vitales inmediatamente antes de la aparición de trastornos mentales.

Aunque son los acontecimientos adversos los que predominan antes de la aparición o la recidiva de los trastornos depresivos, en el caso de otros trastornos mentales se observa una mayor frecuencia de todo tipo de acontecimientos (adversos y favorables). Los estudios indican que todos los acontecimientos significativos de la vida actúan como factores

estresantes y que, al sucederse de forma rápida, predisponen al individuo a los trastornos mentales.

Los acontecimientos vitales sólo son, claro está, uno de los diversos factores (como la predisposición genética, la personalidad y las aptitudes de afrontamiento) que intervienen en la génesis de los trastornos.

Los acontecimientos vitales residen esencialmente en identificar a los individuos que corren mayor riesgo porque experimentan acontecimientos vitales importantes en rápida sucesión (por ejemplo, pérdida del trabajo, pérdida del cónyuge y cambio de residencia). En un principio se observó este efecto en la depresión y la esquizofrenia, pero posteriormente se ha constatado una asociación entre los acontecimientos vitales y algunos otros trastornos y alteraciones mentales y del comportamiento. Destaca entre ellos el suicidio.

1.1.3.- **PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL (MINSAL, 2000)**

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente y sin duda las condiciones de la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades, son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hallan llegado a ser junto a los accidentes, uno de los grandes desafíos sanitarios para las próximas décadas. (Chiulaf, 2008).

Las enfermedades no transmisibles vinculadas a estilos de vida, entre ellas, muchos trastornos mentales, constituyen ahora el principal desafío para lograr mejorías. El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha venido desarrollando acciones dirigidas a la salud mental, especialmente a partir de 1990. Dentro de estas acciones dirigidas se encuentra el PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA, el cual tiene como propósito **“Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas afectivas, y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en**

|
concordancia con la justicia y el bien común”. Por lo tanto, el Plan se basa en que el concepto de salud mental, no solo depende de factores biológicos, si no también de factores psicológicos y sociales. (Ídem, 2008).

Las acciones para la promoción y prevención deben tener la capacidad de modificar condiciones y hábitos y actuar sobre las formas de vivir de las personas y familia, por lo que son necesariamente intersectoriales, participativas, con financiamiento compartido y no exclusivamente responsabilidad del sector salud.

Las acciones para la rehabilitación, reinserción social y laboral, forman parte de la atención integral y requieren en forma especial el protagonismo de las familias, los usuarios, y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales.

1.1.2.2.- SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD DEPRESIÓN

Sabido es que los Trastornos Depresivos, han aumentado su visibilidad y frecuencia en los sistemas de salud, originan sufrimiento, discapacidad y una alta proporción de los suicidios, así como un grado importante de deterioro en la calidad de vida de las personas que los sufren. La depresión genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes y concentra más del 40% de las licencias médicas. (Minsal, 2009).

Los trastornos depresivos constituyen por tanto, un problema de salud pública de alta relevancia en el mundo entero. En Chile, la Depresión Mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años. Si se agregan los episodios de depresión leve y la distimia, la prevalencia alcanza el 10.7% entre las mujeres y el 4.9% en hombres (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, Torres, 2002).

Las Garantías para Depresión

Las Garantías que se incluyen en la modalidad GES son objeto de un Decreto Supremo que constituye el marco de referencia legal y reglamentaria para hacer exigible las Garantías Explícitas, de acuerdo al período que estipula. La Depresión está incorporada en Decreto N° 228 de 2005 del Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, publicado en el Diario Oficial el 30 de enero de 2006. Ellas son: Acceso, Calidad, Oportunidad, y Protección Financiera.

1.1.2.3.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Para llevar a cabo este Plan, el Ministerio de Salud elabora el denominado Programa de Salud Mental que describe el conjunto de actividades a ser realizadas en los distintos establecimientos para la promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

El Programa tiene el propósito de servir de instrumento orientador de la programación de los recursos y prestación del sistema, definiendo un conjunto de actividades básicas para dar respuestas a las necesidades de atención de una población determinada. Dentro de las prioridades del Programa de Salud Mental se encuentra como una de ellas la Depresión, hacia donde se dirige la línea de investigación enmarcada en el Programa de Psiquiatría y Salud Mental.

Respecto de los cuadros diagnosticados de Trastorno depresivo mayor que se atienden a nivel secundario, específicamente en servicios de especialidad clínica, los criterios de ingreso son:

- Mediante Interconsulta emitida en Consultorios, Consultorio de Especialidades no psiquiátricas, o por Médico general o medico especialista no psiquiatra de libre elección.
- Mediante Consultorías entre especialista y Equipo APS o Equipo de Urgencias,
- Mediante derivación de servicio de urgencia.

|

Los antecedentes se han expuesto de acuerdo al funcionamiento Institucional lo cual permitirá profundizar el abordaje de la presente investigación, siendo relevante conocer lo que entenderemos por: estructura y funcionamiento familiar, remisión sintomática en mujeres con confirmación diagnóstica de depresión severa, ingresadas al sistema de garantías explícitas en salud (SIGGES). De acuerdo a ello, se mencionan algunos estudios relevantes que se han realizado acerca de las variables de estudio, los cuales se explicitan en anexo N° 7.

Para el tema de Investigación se han abordado conceptos de diversos autores que permitan al lector comprender el fin último de ésta, es contribuir al desarrollo del Programa, a través de la relación entre las variables de Funcionamiento, estructura familiar y remisión sintomatológica depresiva.

1.2.- MARCO TEORICO

A pesar de ser uno de los temas mas estudiados en las distintas disciplinas relacionadas con la salud, no hay una definición única y consensuada de apoyo social, Funcionamiento Familiar; en la presente investigación se especificará el concepto de la variable de acuerdo a la temática a abordar,

1.2.1.- APOYO SOCIAL

Gerald Caplan se refiere a Apoyo social como “una función básica de la red social que tiende a mantener la integridad física y psicológica del individuo” (Lobo, Narváez, 1987).

Gracia (1995), explica al apoyo social como un constructo multidimensional que considera dos perspectivas complementarias: *estructural* y *funcional*. La primera centrada en las características de las redes y las condiciones objetivas que rodean el proceso de apoyo social, mientras que la segunda se centra en las redes de apoyo o sub - conjunto de la red social que efectivamente puede brindar apoyo social, analizando cómo y en que medida las relaciones sociales satisfacen diversas necesidades de las personas; Es por ello, que el Apoyo Social se puede definir en términos de recursos aportados al individuo por otras personas, señalando (Barron, 1990) tres grandes niveles de análisis conceptual implícitos: Relaciones Estructurales de las Redes Sociales (interacciones entre amigos o parientes, participación en grupos sociales); Funciones (emocional, autoestima, pertenencia, identidad, etc.); Análisis objetivo/subjetivo (apoyo real recibido versus apoyo percibido).

En las últimas décadas el concepto de apoyo social se ha asociado principalmente a factores psicosociales que inciden en la salud física y mental de las personas; se destacan dos funciones: Una función instrumental que alude a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta como pudiese ser la búsqueda de trabajo o dinero, y/o en forma de provisión o de prestación de ayuda material o servicios directos; y una función expresiva, que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones, como puede ser pedir un

|
consejo, compartir una pena, etc.(Gracia, Herrero, Musitu, 1995); especialmente, este se proyecta sobre las amenazas que se ciernen sobre el autoestima del sujeto; tener a alguien con quien hablar de los propios problemas es recomendable.

La mayoría de los autores señalan que la importancia de compartir sentimientos, pensamientos y problemas, la necesidad de expresarse emocionalmente o los sentimientos del ser querido, escuchado y cuidado, así como mantener relaciones de íntima confianza, son básicos para mantener la autoestima y el equilibrio emocional.

Se encuentra contemplada además, apoyo de estatus, facilitando al sujeto una conformación sobre la pertenencia e integración en un determinado ámbito de las relaciones sociales.

Compañía social, posibilitando la participación de actividades sociales, lúdicas y de tiempo libre. Estas relaciones refuerzan en el sujeto la percepción y el sentimiento de pertenencia, y también facilitan su conexión y contacto con otras redes sociales. Capacidad de proporcionar apoyo, basado en la reciprocidad de las relaciones que plantea la necesidad que tiene el individuo de sentir que los demás también le necesitan y precisan de su atención y apoyo. Considera que el sentimiento de ser apreciado por otras personas y de pertenecer a una red social puede tener efecto en el bienestar y la salud, ya sea directamente o a través de otros procesos psicológicos. El apoyo social puede ser especialmente importante en momentos de estrés, influyendo de modo benéfico, tanto en la valoración como el afrontamiento de las situaciones estresantes (Barra, 2004).

Respecto de la familia, el apoyo que puede brindar a ésta, se ha vinculado con algunas dimensiones estructurales que facilitan su funcionamiento, Olson, 1979, explica que el funcionamiento familiar se basa en la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación de los miembros que forman la familia (López, 2002). La cohesión familiar, es el grado de equilibrio entre la calidad del vínculo emocional y autonomía existente entre los miembros de la familia (vínculo emocional, independencia, límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés y ocio). Por otra parte, la adaptabilidad, la han definido como la habilidad del sistema familiar para modificar las estructuras de poder, los roles y las reglas de relación, en respuesta al

|
desarrollo evolutivo vital de la familia o en respuesta al estrés provocado por diversas situaciones concretas (asertividad, control, disciplina, negociación, roles, reglas y sistemas de retroalimentación). En síntesis el Modelo de Olson, permite evaluar a partir de estas dimensiones el tipo de funcionamiento familiar, que a su vez puede estar influyendo sobre la calidad de apoyo que puede brindar la familia.

El apoyo social permite a la persona lograr una mayor predictibilidad, estabilidad y control en sus procesos, refuerza la autoestima, favoreciendo la construcción de una percepción mas positiva de su ambiente, promueve el autocuidado y el mejor uso de sus recursos personales y sociales (Barra, 2004).

Cabe mencionar, que el Apoyo social ha sido uno de los factores ambientales más importantes en relación a la Salud Mental, donde se han realizado estudios en distintos grupos de pacientes hospitalizados, enfermos mentales crónicos, para conocer el apoyo social en el bienestar de los individuos y se ha encontrado que ejerce un efecto positivo en el mantenimiento de la salud, la mejoría de la enfermedad y la prevención de psicopatologías y enfermedades en general (Cohen y Cols, 1984; López, 1990; Igartúa, 1993; García y Mendoza, 1993).

En la literatura se ha estudiado la influencia del Apoyo Social en general y los factores que influyen en la sintomatología depresiva, donde se ha concluido que la existencia, calidad y frecuencia de las relaciones sociales que una persona tiene, son los indicadores mas utilizados para evaluar la integración y participación social de un sujeto (R, Mella, L. González, 2004)

La literatura señala que la principal fuente de apoyo social, especialmente en el caso de enfermedades crónicas lo constituyen las familias (M, Fuertes). Por otra parte, las familias también son afectadas cuando un miembro enferma.

Enfocados en el apoyo social y los factores que influyen en la sintomatología depresiva es importante considerar a la Familia, ya que cuando se presenta una enfermedad en la familia,

|

se modifica su estructura y dinámica; se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, en donde quedan vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la familia (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Finalmente, la importancia que radica en los factores familiares como: la estructura, dinámica familiar, da cuenta que, el soporte social ha sido el mecanismo por el cual las relaciones interpersonales que rodean al paciente promueven el bienestar psicológico y previenen alteraciones negativas en la salud, principalmente al enfrentarse a situaciones de estrés. Se ha establecido que las personas que cuentan con una buena red de apoyo social son algo más proclives a adaptarse bien a la enfermedad crónica, con incremento en su calidad de vida (Revenson, 1993); siendo el medio ambiente familiar uno de los factores protectores; particularmente, en la calidad del vínculo se ha demostrado que reduce los efectos deletéreos del estrés y promueve un funcionamiento adaptativo (Formoso, González, Aiken, 2000).

Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial afirma que los diversos subsistemas (el biológico, el individual, el familiar, el comunitario, etc.) mantienen una relación de influencia recíproca de tal forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad. La experiencia clínica apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciadas por ellas (Doherty, 1998).

1.2.2.- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (Rodríguez, 2006)

Se entiende como funcionamiento familiar “La síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico – social en el cual vive la familia y que propicia la identidad propia como grupo social” (Louro, 2000).

La Familia constituye uno de los principales pilares de la vida psíquica de las personas. Es la base de la constitución de un modelo relacional que permite crear relaciones de amistad, laborales, de pareja entre otras, hasta la construcción de una nueva familia; tanto las pautas, normas, funciones, mandatos se enmarcan en cada uno de sus miembros que, por oposición o similitud, se identifican con su grupo familiar.

Los nuevos paradigmas de conocimiento, no permiten analizarla como una suma de componentes individuales, sino un todo organizado, un sistema reglado en el cual todas las partes tienen su importancia en el funcionamiento.

La Familia refleja en el lugar que esta tiene como vínculo intermedio entre el individuo y la sociedad, siendo este el ente socializador por naturaleza, jugando un papel insustituible en la transmisión de hábitos, costumbres, valores, mitos, creencias, etc. Que en el caso de la salud humana, matizan la representación social que se tiene de enfermedad o salud y que por consiguiente genera conductas protectoras o de riesgo en los individuos.

El grupo familiar es un agente formador de la personalidad, con posibilidades únicas para este fin, dependiendo del grupo familiar se formarán individuos más o menos saludables desde el punto de vista personológico en particular y psico-biológico en general y con mejores posibilidades de autorregular su comportamiento en el medio de manera eficiente. De acuerdo a esto, la familia es reconocida como la red de apoyo social más cercana y de mas fácil acceso a los individuos, se reconoce su función protectora y amortiguadora en los eventos estresantes de sus miembros, además la presencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuye al bienestar y la salud, así como su ausencia puede generar malestar y vulnerabilidad al estrés. Para la salud humana, se

|
identifica como elemento importante el rol que juega la familia, respecto del cumplimiento de las funciones básicas, que facilitan no solo la satisfacción de las necesidades básicas, el logro del bienestar y la salud, sino además, tiene directa relación con el nivel de funcionamiento familiar.

En la actualidad, el funcionamiento familiar integra todos los factores psicológicos que ocurren en el seno de la familia y la que permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman, así como ente amortiguador de todos los trastornos o malestares que puede generar el estrés y otros fenómenos negativos a sus miembros.

1.2.3.- TEORÍA DE SISTEMAS (Bertalanffy, 1976)

El modelo sistémico considera al individuo no sólo en su subjetividad, sino también en función de sus interacciones y sus relaciones con los demás. Es decir, entiende que el comportamiento de un individuo no se da aisladamente, sino que tiene sentido dentro de un contexto en el que siempre hay "otros" implicados. Por ello, se puede afirmar que su comportamiento está "conectado" de manera dinámica a los comportamientos de las personas con las que se relaciona -en su casa, en su trabajo, en su comunidad, en su sociedad, etc.-.

El contexto más significativo de las personas es la familia. Desde el modelo sistémico ésta, es entendida como un sistema en el que un grupo de personas interaccionan entre sí, y donde las relaciones entre sus miembros están influenciadas y organizadas por una serie de reglas. Mediante estas reglas de relación, el sistema familiar se configura como una totalidad. Es decir, las reglas dotan al sistema familiar de una identidad propia, fundamental para garantizar su estabilidad y equilibrio interno sin el cual la familia correría el riesgo de disgregarse.

Al igual que las conductas funcionales, las disfunciones o síntomas de los individuos se consideran condicionadas por las relaciones que mantienen con el resto de las personas

|

significativas. Así, los síntomas sólo pueden ser entendidos en relación al contexto en el que surgen, es decir, en su sistema -familiar, institucional, social, etc.-. Así, vemos cómo la epistemología sistémica pasa de una visión lineal a una circular que permite no sólo colocar el problema en el contexto dentro del que se manifiesta, sino, además permite analizar cómo el paciente identificado -sintomático- y el resto de los miembros familiares participan en la aparición y en el mantenimiento del síntoma. Su persistencia se explica a partir de patrones repetitivos de comunicación.

El abordaje sistémico-relacional es pues una modalidad de intervención que tiene en cuenta e interviene en el contexto donde aparecen los conflictos. Liberar al individuo de su malestar y de su riesgo de cronicidad pasa por intervenir sobre el sistema interpersonal completo. Es necesario que las reglas que determinan la homeostasis y el mantenimiento del síntoma pierdan su rigidez. Para ello, es necesario el cambio de las modalidades interactivas disfuncionales y favorecer modelos de relación más adecuados.

El trabajo con la familia, se centra en potenciar los recursos de la propia familia para superar sus dificultades o el malestar psíquico de alguno de sus miembros. El Profesional o equipo Multidisciplinario trabaja con el conjunto de la familia, siendo su objetivo el cambio en el sistema familiar, bien en los aspectos estructurales y/o en la transformación de los procesos interaccionales en disfunción.

En cuanto a las áreas de intervención, la práctica del abordaje sistémico se realiza en diferentes contextos. El más conocido es el contexto clínico, donde se ocupa de la psicopatología y los conflictos de relación tanto en el individuo, pareja y familia.

1.2.4.- ENFOQUE ESTRUCTURAL (Minuchin, 1977)

La familia es una unidad social y se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y por las relaciones afectivas que en su interior se dan, constituyendo un sub. Sistema de la organización social.

|

Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones al interior de esta, funciones y roles que son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos, tales como el barrio, el trabajo, la escuela, etc.

Es dentro del sistema familiar donde se aprenden los valores y se trasmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. La ubicación geográfica de este sistema familiar (rural o urbano) determina ciertas características de la organización y los roles que en ella se dan.

Cuando tomamos a la familia con un enfoque sistémico, esta perspectiva hace necesario tener en cuenta sus características, como sistema en su totalidad, con una finalidad, formado por seres vivos, complejos en sí mismos, en el que se debe tener en cuenta que este sistema familiar es más que la suma de cada uno de los individuos, que en él se genera un proceso de desarrollo, que permite su crecimiento en complejidad y en organización; que debe tomar en cuenta una perspectiva multigeneracional en el que un evento histórico o situacional afectará a los miembros del sistema familiar, en diferente grado, pero al final todos serán de cierta manera modificados por esta situación.

El modelo estructural se define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”, estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros.

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de sus fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individuación.

|

El sistema familiar se diferencia en subsistemas, así puede desempeñar sus funciones, estos subsistemas no son absolutos, también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles, funciones y tareas específicas, los principales lo forman el subsistema conyugal, parental y fraterno; otros subsistemas son de acuerdo a roles, sexo, edad, etc.

El paradigma contemporáneo del conocimiento, implica manejar las polaridades inherentes a la condición humana, por cuanto los procesos socio-familiares dan cuenta de movimientos en ambas direcciones, en razón de su característica básica de ser sistemas abiertos, dinámicos, permeables, en los que se maneja en forma incesante una situación de normalidad – anormalidad, función – disfunción, vida – muerte, salud – enfermedad, mente – cuerpo.

Como todo sistema debe poseer reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los roles del padre, rol de Madre, rol del hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), los roles definen las tareas de los miembros del grupo familiar.

Este sistema debe además tener límites, los que están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera lo hacen en una situación determinada, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento. La claridad de los límites dentro de una familia es un parámetro útil para evaluar su operatividad. Los extremos serán un aumento desmedido de la comunicación y la preocupación de los unos sobre los otros, perdiendo la distancia entre sus miembros, entonces los límites desaparecen y la diferenciación se hace difusa (Familias aglutinadas). Estas familias presentan una pérdida de la autonomía, reaccionan en forma exagerada y tienen una baja capacidad de adecuación. En el otro extremo se encuentran aquellas familias en la que sus miembros tienen una mínima dependencia entre sí, límites muy rígidos, sus mecanismos de apoyo se activan solo cuando existe un nivel muy alto de estrés (Familias desligadas). (Minuchin & Fischman, 1984; Haley, 1967).

|

Estos movimientos extremos pueden ser observados sólo en algunos subsistemas del funcionamiento familiar, y variar según el momento del ciclo familiar.

Como lo menciona Aponte & Van Deusen, 1989, la estructura familiar funciona con diferentes “alineamientos”, para resolver las tareas a las que se enfrenta. Los alineamientos constituyen la unión de dos o más miembros del sistema para llevar a cabo una operación. Esta dimensión incluye los conceptos de alianza o colusión – unión de dos o mas personas para lograr una meta o interés común, y la coalición proceso de unión contra un tercero. Estos alineamientos pueden ser funcionales o disfuncionales según respeten o no los límites, los subsistemas y según sea su duración.

Un sistema funcional se organiza de una forma jerárquica. El poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo determinado para controlar la conducta de otro.

Idealmente el poder debe ser empleado por quien tiene la posición de autoridad, pero en ocasiones un miembro de la familia puede tener el poder pero no la autoridad.

Resumiendo, en cualquier interacción del sistema familiar se define quien o quienes son los miembros que participan (límites), con o contra quien (alineamientos), y la energía que motiva y activa el sistema para llevar a cabo la acción (poder).

El modelo centrado en la estructura enfatiza los aspectos jerárquicos en la familia. Las reglas interaccionales son presentadas a través de fronteras entre los miembros, que pueden formar subsistemas (parental, fraterno, etc.). Con la realización de mapas familiares se esquematiza la existencia de fronteras demasiado rígidas, laxas permeables, etc. Minuchin sitúa a las familias según su estructura en un contínuum aglutinación – desligamiento, según la intensidad de relación entre sus miembros. En las familias aglutinadas existe gran apoyo mutuo y la afectación de un miembro del sistema afecta a todo el sistema, mientras que en las familias desligadas predomina la independencia.

|

Los antecedentes expuestos en el marco teórico nos permitirán profundizar el análisis de las variables que se plantean en la investigación, serán fundamentales en la interpretación que arrojará tanto del planteamiento de la pregunta, objetivos, hipótesis y metodología del estudio.

CAPÍTULO II.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existirán diferencias en variables de funcionamiento y estructura familiares y remisión sintomatológica que posean mujeres que han completado seis meses de tratamiento en el Programa de Depresión severa ingresadas en el SIGGES del Hospital San Juan de Dios de Curicó?¹

¹ Dado que las pacientes ingresadas al estudio respondieron mayoritariamente al tratamiento, no fue posible obtener grupos de comparación, modificándose la pregunta a: ¿cuáles son las características de funcionamiento y estructura familiar, apoyo social de las consultantes que ingresan al Programa de Depresión del nivel Secundario en el Hospital San Juan de Dios Curicó?

CAPITULO III.- OBJETIVOS

Tomando en consideración lo expuesto en el marco teórico, la presente investigación pretende describir las variables de funcionamiento, estructuras familiares, apoyo social y remisión de sintomatología depresiva en pacientes tratadas en el Programa de Depresión severa en Hospital San Juan de Dios Curicó.

OBJETIVO GENERAL²

“Determinar si las variables de funcionamiento familiar, estructura (cohesión y adaptabilidad), apoyo social Familiar se relacionan con la remisión sintomática depresiva al finalizar tratamiento de seis meses en mujeres con diagnóstico de depresión severa ingresadas al Programa de Depresión de Hospital San Juan de Dios de Curicó”

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- “Evaluar la evolución de la sintomatología depresiva en mujeres diagnosticadas de depresión severa al inicio y sexto mes de tratamiento”
- “Describir el nivel de funcionamiento familiar a través del APGAR Familiar” de las pacientes diagnosticadas de Depresión severa ingresadas al SIGGES”
- “Describir el apoyo social Familiar percibido de las pacientes diagnosticadas de Depresión severa ingresadas al SIGGES”
- “Describir el apoyo social de Amistades percibido de las pacientes diagnosticadas de Depresión severa ingresadas al SIGGES”

² Se reformula por las razones expuestas en nota 1. Inicialmente era “comparar las variables de funcionamiento familiar, estructura (cohesión y adaptabilidad), apoyo social Familiar y la remisión sintomática depresiva al finalizar tratamiento de seis meses en mujeres con diagnóstico de depresión severa ingresadas al Programa de Depresión de Hospital San Juan de Dios de Curicó”

- “Identificar el tipo de Estructura Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson de las pacientes diagnosticadas de depresión severa ingresadas al SIGGES”

Para validar los objetivos específicos que se plantearon en el estudio, con el cruce de datos se realizó la validación respondiendo cada una de las siguientes hipótesis asociadas a los objetivos específicos.

HIPOTESIS³

- Existe diferencia en el nivel de sintomatología depresiva en las mujeres que ingresan al SIGGES al inicio y sexto mes de tratamiento.
- Existe un mejor nivel de funcionalidad Familiar en las mujeres que se recuperan de la sintomatología depresiva.
- Existe un mejor nivel de Apoyo Social Familiar percibido en las mujeres que se recuperan de la sintomatología depresiva.
- Existe un mejor nivel de Apoyo Social percibido de Amistades en las mujeres que se recuperan de la sintomatología depresiva.
- Existe una Familia mas cohesionada y flexible en las mujeres que se recuperan de la sintomatología depresiva.

³ Estas hipótesis se desechan dado que la mayor parte de las pacientes responde favorablemente al tratamiento y no fue posible establecer las comparaciones planificadas

CAPITULO IV.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

IV.1.- MARCO METODOLÓGICO

IV.1.1.- TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de carácter Descriptivo, en tanto su objetivo es “Medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren” (Hernández S. 2003). Y “Consiste fundamentalmente en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores” (Ander- Egg, E. 1995); y con alcance correlacional, dado que tiene como propósito “Medir el grado de relación que existe entre dos o mas conceptos o variables (en un contexto particular), específicamente respecto de sintomatología depresiva utilizando el Test de HAMILTON” (Hernández S. 2003).

El estudio es de carácter Cuantitativo, ya que se centra en aspectos o variables susceptibles de ser medidas en la Población de Mujeres Diagnosticadas de Trastorno depresivo mayor severo, que han continuado y/o abandonado tratamiento, ingresadas al Sistema de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) en Hospital San Juan de Dios de Curicó.

IV.1.2.- TIPO DE DISEÑO

Relacionado estrechamente con el tipo de estudio, el diseño de investigación a realizar será No Experimental en tanto “se realiza sin manipular deliberadamente variables... observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Hernández S. 2003).

Debido a que la investigación pretende analizar cuál es el estado del fenómeno, en un momento en el tiempo, el diseño será de tipo transversal o transeccional para los instrumentos FACES III, APGAR FAMILIAR, ESCALA DE APOYO SOCIAL DE PROCIDANO Y HELLER Este tipo de estudios “recolectan datos en un solo momento, en

un tiempo único”. Y Longitudinal, el cual pretende analizar cambios a través del tiempo en determinadas variables o en las relaciones entre estas, utilizando el instrumento HAMILTON para sintomatología depresiva.

IV.1.3.- DISEÑO DE LA MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra poblacional para la aplicación de las encuestas se usó la siguiente formula:

$$n = \frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

Dónde:

- n : Número de elementos de la muestra.
- N : Tamaño de la población.
- e : Error de la muestra.
- a : Nivel de Confianza.

Las pacientes que ingresaron a Auge-Depresión en el periodo en estudio es de 195 mujeres, usando un error del 10%, y un nivel de confianza igual a 86%, y reemplazando los valores en la formula, se obtiene que el número de mujeres que se debe encuestar es igual a 43 pacientes. Este número corresponde a los pacientes autorizados por la Psiquiatra tratante, para ser encuestados por la profesional a cargo de este estudio.

De acuerdo a las características de la población estudiada en el Diagnostico de Depresión, en el período de estudio, ingresaron 195 mujeres al Programa AUGE Depresión, y se aplicó la fórmula para obtener el tamaño de la muestra, se obtuvo que las personas requeridas fueron **43** pacientes mujeres ingresadas al SIGGES por diagnostico de Depresión severa AUGE desde el período de Agosto 2008 a Marzo de 2009, en Hospital San Juan de Dios Curicó, población autorizada para este estudio por la Dra. Verónica Vitriol Gaysinsky,

|
Medico Psiquiatra del Centro de Producción de Psiquiatría y Apoyo a Procedimientos de Salud Mental. Cabe señalar que fue la única Profesional Médico que accedió a realizar este Estudio de su población ingresada a este Programa de Ley.

Como este estudio se centró en Mujeres ingresadas a AUGE, se excluyeron de la muestra 5 pacientes Hombres, los cuales no eran representativos para el estudio.

Los criterios de inclusión al AUGE se realizó a través de Interconsulta al Sistema de Referencia con Observación Diagnóstica Depresión AUGE en espera de confirmación por especialista; Médico Psiquiatra realiza entrevista diagnóstica, se confirma el diagnóstico a través de Informe Proceso diagnostico el cual es entregado a Oficina AUGE, ingresando a través de código a Sistema computacional de SIGGES, de acuerdo a este proceso las pacientes comienzan a ser beneficiarias de las Garantía Explícitas en Salud.

Los resguardos éticos fueron la confidencialidad de los datos clínicos de cada paciente, registrados en fichas clínicas.

Se realizó procedimiento de ingreso y posterior confirmación diagnóstica, ingresando a tratamiento Médico Psiquiátrico, farmacológico y psicoterapéutico; al cabo de seis meses de tratamiento se mantuvieron en tratamiento Médico Psiquiátrico 27 pacientes y abandonaron 16.

La distribución por datos demográficos de las pacientes se detalla a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 1.- Datos Demográficos de las pacientes Evaluadas.

DATOS DEMOGRAFICOS	RESULTADO	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
<u>EDAD</u>			
Entre 20 y 29 años	12	27,91%	27,91%
Entre 30 y 39 años	15	34,88%	62,79%
Entre 40 y 49 años	9	20,93%	83,72%
Entre 50 y 59 años	5	11,63%	95,35%
Entre 60 y 69 años	2	4,65%	100,00%
<u>ESCOLARIDAD</u>			
BASICA	20	46,51%	46,51%
MEDIA	15	34,88%	81,40%
SIN INFORMACION	3	6,98%	88,37%
SIN INSTRUCCIÓN	2	4,65%	93,02%
TECNICO SUPERIOR	1	2,33%	95,35%
UNIVERSITARIA	2	4,65%	100,00%
<u>Estado CIVIL</u>			
CASADO/A	18	41,86%	41,86%
CONVIVIENTE	4	9,30%	51,16%
SEPARADO/A	6	13,95%	65,12%
SOLTERO/A	12	27,91%	93,02%
VIUDO/A	3	6,98%	100,00%
<u>CIUDAD</u>			
Curicó	21	48,84%	48,84%
Hualañe	1	2,33%	51,16%
Licantén	1	2,33%	53,49%
Molina	8	18,60%	72,09%
Rauco	2	4,65%	76,74%
Romeral	3	6,98%	83,72%
Sagrada familia	1	2,33%	86,05%
Teno	6	13,95%	100,00%

De la tabla 1, se desprende que el grupo que concentró mayor cantidad de mujeres en estudio, fué entre 30 y 39 años. Se destacó que la aparición de la depresión también se presentó en 12 casos entre 20 y 29 años, presentándose esta patología significativamente a

|
edades más tempranas. Estos 2 grupos etáreos representaron al 62.8 % del universo estudiado.

De los tipos de educación lo concentraron mayor cantidad de mujeres, fueron las que tuvieron educación Básica y Media, con un 46,5% y 34,8 % respectivamente. Concentrando en conjunto el 81,3% de la muestra.

Respecto del estado civil las mujeres con estado civil de Casada, concentraron con mayor cantidad 18 pacientes, posteriormente el estado civil Soltera, con 12 personas, con un 41,9% y 27,9 % respectivamente. Concentrando en conjunto el 69,8 % de la muestra.

Del lugar de procedencia, el 48,84% de la población se concentra en sector de Curicó correspondiente a una Ciudad - Urbana, mientras que el 18,60%, se concentró en la Comuna de Molina que presentó características de sector Rural. En el caso de las pacientes provenientes de la Ciudad de Curicó, se observó que aproximadamente el 50% de mujeres que accede al servicio de Psiquiatría, se encontró con mayor acceso (trayecto) y cercanía al tratamiento de especialidad, siendo un factor protector para la mejoría del diagnóstico que presentaron las mujeres.

Tabla 1.- Datos Descriptivos de pacientes que continuaron v/s abandonaron tratamiento.

DATOS	TERMINA TRATAMIENTO			ABANDONA TRATAMIENTO		
	N° Personas	%	% acumulado	N° Personas	%	% acumulado
<u>GRUPO ETAREO</u>						
Entre 20 y 29 años	6	22,22%	22,22%	6	37,50%	37,50%
Entre 30 y 39 años	9	33,33%	55,56%	6	37,50%	75,00%
Entre 40 y 49 años	7	25,93%	81,48%	2	12,50%	87,50%
Entre 50 y 59 años	3	11,11%	92,59%	2	12,50%	100,00%
Entre 60 y 69 años	2	7,41%	100,00%			
<u>ESCOLARIDAD</u>						
BASICA	14	51,85%	51,85%	6	37,50%	37,50%
MEDIA	6	22,22%	74,07%	9	56,25%	93,75%
SIN INFORMACION	3	11,11%	85,19%			
SIN INSTRUCCIÓN	2	7,41%	92,59%			
TECNICO SUPERIOR				1	6,25%	100,00%
UNIVERSITARIA	2	7,41%	100,00%			
<u>Estado CIVIL</u>						
CASADO/A	13	48,15%	48,15%	5	31,25%	31,25%
CONVIVIENTE	3	11,11%	59,26%	1	6,25%	37,50%
SEPARADO/A	2	7,41%	66,67%	4	25,00%	62,50%
SOLTERO/A	7	25,93%	92,59%	5	31,25%	93,75%
VIUDO/A	2	7,41%	100,00%	1	6,25%	100,00%
<u>CIUDAD</u>						
curico	12	44,44%	44,44%	9	56,25%	56,25%
hualañe				1	6,25%	62,50%
licanten	1	3,70%	48,15%			
molina	5	18,52%	66,67%	3	18,75%	81,25%
rauco	1	3,70%	70,37%	1	6,25%	87,50%
romeral	3	11,11%	81,48%			
sagrada familia	1	3,70%	85,19%			
Teno	4	14,81%	100,00%	2	12,50%	100,00%

Se puede destacar de la Tabla N° 2, que las pacientes que continuaron tratamiento se encuentran en un rango Etáreo de 20 – 39 años de edad, con estudios básicos, con estado civil casada, residentes de la Ciudad de Curicó.

Respecto de las pacientes que abandonaron, se puede mencionar que su rango Etéreo fluctúa entre los 20 – 39 años de edad, con educación media, tanto con estado civil casada como soltera, residentes mayoritariamente de la Ciudad de Curicó.

IV.1.4.- TECNICA DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó Instrumentos validados consistiendo “en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir” (Hernández, R, 2003).

Los Test utilizados para la investigación fueron auto – administrados, de manera que la paciente se sintiera acogida, se explicó de manera verbal en que consistía cada Test y la finalidad del aporte que sería para mejorar las intervenciones del Centro de Producción de Psiquiatría y el Equipo multidisciplinario de Profesionales que la componen.

IV.1.5.- INSTRUMENTO UTILIZADOS

- **ESCALA DE APOYO SOCIAL DE PROCIDANO Y HELLER**

Evalúa el tipo de apoyo social (funcional) que percibe el sujeto en relación a su familia y a sus amistades. Se trata de una escala de autoadministración de 18 Ítems cada una. El nivel de medición es de tipo nominal con tres categorías de respuesta. Sí (1 punto), No (0 puntos) o no sé (0 Puntos). Algunos ítems están planteados en forma negativa, por lo que se invierte el puntaje. El puntaje va de 0 a 18 puntos por cada escala⁴. En la presente investigación se estableció como punto de corte para Alto o bajo Apoyo aquel de mayor sensibilidad y especificidad (.70) de acuerdo a la validación en Chile realizada por Vera y Wood (1994): 13 puntos o más para Apoyo Familiar y 14 puntos o más para Apoyo de Amistades.

La consistencia interna del instrumento fué de un alfa de Cronbach de 0.915 (Vera, 1994). La validez del instrumento se estableció a partir del procedimiento de validez concurrente,

⁴La Validación del instrumento en Chile, eliminó 2 preguntas de cada escala: ítems 7 y 19 de la escala de ASF y 6 – 18 de la escala ASA para aumentar alfa de Cronbach (Vera, 1994).

utilizando como criterio los puntajes obtenidos en escalas de sintomatología depresiva, somatomorfa y ansiosa (Vera, 1994). (Ver anexo N° 3)

ESCALA UTILIZADA PARA ESTUDIO APOYO SOCIAL

APOYO AMISTADES

TABLA DE RESULTADOS - APOYO AMISTADES	
RANGO	NOMBRE USADO
0-12	BAJO
13-20	ALTO

APOYO FAMILIAR

TABLA DE RESULTADOS - APOYO FAMILIAR	
RANGO	NOMBRE USADO
0-13	BAJO
14-20	ALTO

▪ ESCALA PARA LA DEPRESIÓN DE HAMILTON

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Escala, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no fueron útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se identificaron distintos factores o índices, de los que los más usados son:

- Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).
- Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).
- Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

INTERPRETACIÓN

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en “cuantificar” la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte $\geq 13^9$ o ≥ 18 ; en dependencia de los objetivos del estudio. A efectos de categorizar la intensidad / severidad del trastorno depresivo existen distintas propuestas, de las que recogemos las siguientes:

Vázquez C. (1995)		Bech P. (1996)	
0-6	Sin Depresión	0-7	Sin Depresión
7-17	Depresión ligera	8-12	Depresión menor
18-24	Depresión moderada	13-17	Menos que Depresión mayor
25-52	Depresión grave	18-29	Depresión mayor
		30-52	Más que Depresión mayor

Dentro de la puntuación total, pueden desagregarse las puntuaciones parciales correspondientes a los factores en ella identificados. Entre ellos, el mejor establecido es el ya citado índice de melancolía, que cuantifica los ítems más directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo, y para el que Bech P. propone los siguientes puntos de corte (Bech, P. 1986):

0 – 3	No depresión
4 – 8	Depresión menor
≥ 9	Depresión mayor

Un segundo índice útil para evaluar los cambios en el perfil sintomático del cuadro depresivo es el índice “ansiedad / somatización” (formado por los ítems 10, 11, 12, 13, 15, y 17), que cuantifica los niveles de ansiedad, considerados altos a partir de una puntuación ≥ 7 .

Para evaluar los cambios en la evolución del cuadro clínico se comparan los resultados pre-tratamiento con los obtenidos en visitas posteriores. En los ensayos clínicos el criterio más usualmente utilizado para definir la respuesta terapéutica es la reducción del 50 % en la puntuación post-tratamiento en relación a la puntuación basal o inicial¹⁵; la remisión se define por una puntuación post-tratamiento ≤ 7 / ≤ 8 .

ESCALA UTILIZADA PARA ESTUDIO HAMILTON 0 Y 6 MESES

ESCALA USADA EN HAMILTON 0M

RANGO	NOMBRE USADO
0-7	Sin Depresión
8-12	Depresión menor
13-17	Menos que Depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que Depresión mayor

ESCALA UTILIZADA EN HAMILTON 6M

RANGO	NOMBRE USADO
0-7	Sin Depresión
8-12	Depresión menor
13-17	Menos que Depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que Depresión mayor
SIN DATOS	ABANDONA

Observación: Se agrega pacientes que hayan abandonado su tratamiento con la identificación ABANDONA, ya que ellos no tienen puntaje.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS**Fiabilidad:**

En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott²⁵. La fiabilidad ínter observador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

Validez:

Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y l Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

Su validez no es la misma que en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos.

Posee buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico del paciente depresivo en relación al tratamiento, aunque se ha sugerido que sería más sensible a los cambios acontecidos en los síntomas de ansiedad que en los de depresión, Similares resultados se han obtenido en el estudio de validación de la versión española. (Ver Anexo N° 4).

▪ **APGAR FAMILIAR**

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo de APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (Partnership), desarrollo (Growth), afectividad (Affection) y capacidad resolutive (resolve); presenta la gran ventaja de su reducido número de Ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y Cols.

Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser respondido directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 preguntas con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por lo tanto de 0 a 10.

Existe una versión recogida por Smilkstein en que se presentan 5 posibles respuestas para cada pregunta (ítem). Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends, APGAR, Work APGAR).

INTERPRETACIÓN.

Es una herramienta útil para detectar disfunción Familiar. Se ha utilizado en diversos estudios, tanto en screening como para valoración familiar en casos de alcoholismo, infección VIH, depresión y embarazos en adolescentes.

Se ha propuesto una puntuación menor que 6 como funcional y mayor que 6 como disfuncional. En algunos casos (Rodríguez, E.1996), se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve.

ESCALA UTILIZADA PARA ESTUDIO APGAR FAMILIAR

RANGO	NOMBRE USADO
0-3	DISFUNCION GRAVE
4-7	DISFUNCION LEVE
8-10	NORMOFUNCIONALES

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.

Fiabilidad.

En la validación española la fiabilidad test- retes es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84).

Validez.

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless – Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar). (Ver Anexo N° 5).

▪ **FACES III**

Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar de Olson y colaboradores.

La Escala FACES III (Del Valle, 2006)

Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la *cohesión* y otros 10 la *adaptabilidad* mediante una escala tipo Lickert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento (“Familia Real”), sirven para evaluar como le gustaría que la misma fuese (“Familia Ideal”) alterándose para ello la consigna inicial.

|

**Cohesión* hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la “unión emocional”, las relaciones padre-hijo, y las fronteras internas y externas de la familia.

**Adaptabilidad*, hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos, manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles, reglas y las decisiones.

Modelo Teórico de la Escala.

El modelo teórico en que se sustenta la escala -Modelo Circumplejo- discrimina la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia según su puntuaciones sean “balanceadas” o “extremas” en cada una de las dos variables, si bien “bajo ciertas circunstancias puede resultar adaptativo que una familia presente niveles extremos” siendo una Escala sensible a los cambios que se atraviesan a través de los ciclos vitales. (Schmidt, V. 2002).

El puntaje de cohesión es la suma de todos los ítems impares. El puntaje de adaptabilidad es la suma de todos los ítems pares.

De acuerdo al puntaje obtenido, se puede trabajar con puntajes individuales o con el promedio obtenido de la Familia o de la pareja de acuerdo al tipo de estudio de que se trate comparando este puntaje con los rangos correspondientes a cada uno de los 16 tipos.

ANALISIS DE DATOS DE FACES III

El estadístico mas apropiado es el Chi- cuadrado basado sobre la frecuencia de distribuciones en los tipos balanceados, tipos de rango medio y tipos extremos, puesto que la hipótesis central del modelo Circumplejo contrasta las Familias extremas versus las balanceadas un análisis conveniente es la comparación del número de casos en cada uno de los sub - grupos que caigan en las categorías extremas y balanceadas.

EVALUACIÓN DEL FACES III

DOMINIO TEORICO : Modelo Circumplejo de los sistemas familiares.

NIVEL DE EVALUACIÓN : Familia como Unidad de análisis.

FOCO DE EVALUACIÓN : Nivel Percibido.

TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que se obtuvieron, fueron de manera cuantitativa, lo que implica que serán en términos numéricos. De esta manera se podrá establecer de manera gráfica, mediante gráficos de torta y de barra las diferentes variables de estudio.

Los datos adquiridos mediante el cuestionario fueron procesados y trabajados por el Programa SPSS 19, el cual es un paquete estadístico para las ciencias Sociales, siendo un método efectivo de recopilación de información y de interpretación de datos.

Conjuntamente, en caso que se requiriera se utilizará el Chi – cuadrado, para ver las relaciones existentes en las variables a estudiar, siendo éste un modelo matemático para el cálculo de confiabilidad o significado de diferencias entre frecuencias esperadas y frecuencias observadas.

La estadística a utilizar será descriptiva bivariada, donde “el propósito del investigador consiste en describir situaciones, eventos y hechos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno”. Danhke en 1989, refiere que Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta análisis. Teniendo como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables (en un contexto particular).

Estos Instrumentos serán respondidos por la población a estudiar debiendo cumplir con las exigencias del Método Científico, respondiendo dos requisitos:

VALIDEZ

El cual consiste en captar de manera significativa y en un grado de exactitud suficiente y satisfactoria, aquello que es objeto de investigación, el cual se aplicará a un número determinado de Mujeres con características similares.

FIABILIDAD

Tiene la capacidad de obtener iguales o similares resultados aplicando las mismas preguntas acerca de los mismos hechos o fenómenos, que presenten características a la muestra a estudiar, lo cual da validez al instrumento para su aplicación definitiva con las mujeres diagnosticadas de Depresión severa atendidas en Hospital Base Curico.

TECNICAS QUE SE UTILIZARÁN PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

- Tablas de Frecuencias
- Medidas de Tendencia Central
- De Variabilidad
- Representaciones gráficas

ESCALA UTILIZADA PARA ESTUDIO FACES III**ADAPTABILIDAD = RESPUESTAS PARES**

Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24

COHESION = RESPUESTAS IMPARES

Desligada	10 a 34
Separada	35 a 40
Conectada	41 a 45
Enmarañada	46 a 50

CLASIFICACION DE FAMILIA

- Balanceadas o funcionales.
- De rango medio o moderada disfuncionales.
- Extremas o severamente disfuncionales.

		COHESION			
		No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
ADAPTABILIDAD	Caótica	EXTREMO	RANGO MEDIO	RANGO MEDIO	EXTREMO
	Flexible	RANGO MEDIO	BALANCEADO	BALANCEADO	RANGO MEDIO
	Estructurada	RANGO MEDIO	BALANCEADO	BALANCEADO	RANGO MEDIO
	Rígida	EXTREMO	RANGO MEDIO	RANGO MEDIO	EXTREMO

|

V.- CONDICIONES ETICAS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Del Comité de Ética Institucional, permitió a la investigadora, informar de manera adecuada la finalidad de la información solicitada explicitando conjuntamente la confidencialidad de los antecedentes aportados por la encuestada (anexo N°1).

CONFIDENCIALIDAD

Las Mujeres encuestadas se informaron del anonimato de la entrevista y se explicó que la información sería publicada en el estudio.

CAPITULO VI.- RESULTADOS

VI.1.- ANALISIS DE DATOS

APLICACION Y VALIDACIÓN DE TEST

Para este estudio se aplicó una batería de Test, los cuales se detallaran a continuación en forma individual, siendo especificados sus Tablas y Gráficos, siendo validados a través de Chi Cuadrado y t de Student, especificándose en Anexo 10:

TEST 1. HAMILTON 0 MESES

Categorías de sintomatología depresiva según escala de Hamilton al inicio del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEPRESION MAYOR	21	48.8	48.8
	DEPRESION MENOR	2	4.7	53.5
	MAS QUE DEPRESION MAYOR	17	39.5	93.0
	MENOS QUE DEPRESION MAYOR	3	7.0	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 4. HAMILTON_0M

Estadísticos		
PUNTAJE 0M		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		25.05
Error típ. de la media		1.012
Mediana		26.00
Moda		24 ^a
Desv. típ.		6.633
Varianza		43.998
Rango		30
Mínimo		8
Máximo		38
Suma		1077

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

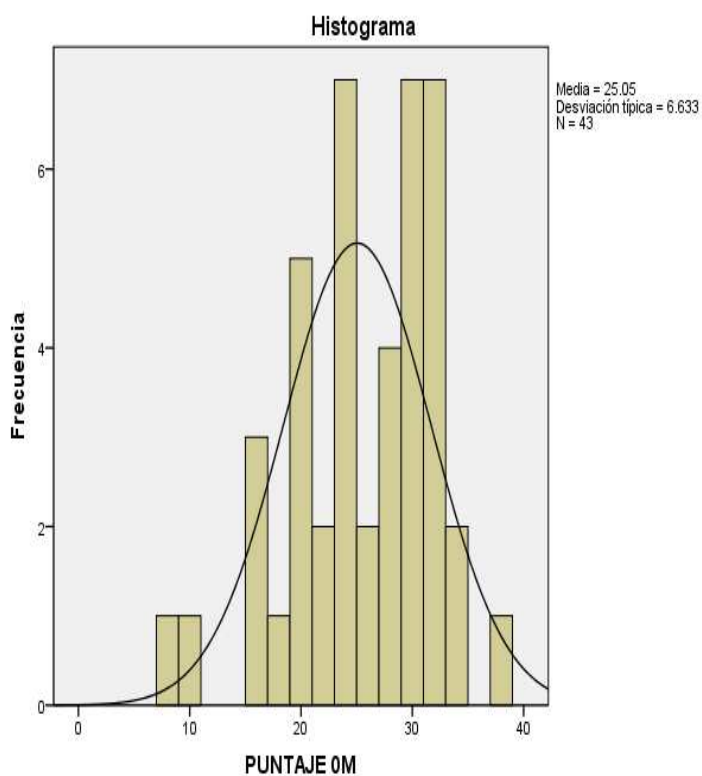


Grafico N° 4: Frecuencias por Valores de los puntajes por sintomatología depresiva en Escala de Hamilton al inicio del tratamiento.

Estadísticos		
PUNTAJE 0M		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		25.05
Error típ. de la media		1.012
Mediana		26.00
Moda		24 ^a
Desv. típ.		6.633
Varianza		43.998
Rango		30
Mínimo		8
Máximo		38
Suma		1077

El puntaje mínimo y máximo obtenido fué de 8 y 38 respectivamente. Al hacer la conversión en la tabla de resultados se observó que va de Depresión Menor a más que Depresión Mayor, siendo el puntaje que más se repitió fué de 24, que es la más cercana a la media, haciendo referencia a Depresión Mayor.

Cabe destacar que el 88.3% de los puntajes obtenidos tiene como resultado Depresión Mayor y Mas que Depresión.

TEST 2. HAMILTON 6 MESES

Categorías de sintomatología depresiva según escala de Hamilton al sexto mes de tratamiento

		HAMILTON_6M		
		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ABANDONA	16	37.2	37.2
	DEPRESION MAYOR	1	2.3	39.5
	DEPRESION MENOR	5	11.6	51.2
	MENOS QUE DEPRESION MAYOR	1	2.3	53.5
	SIN DEPRESION	20	46.5	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 5. HAMILTON_6M

|

Estadísticos		
PUNTAJE HAMILTON 6M		
N	Válidos	27
	Perdidos	0
Media		4.15
Mediana		1.00
Moda		0
Desv. típ.		6.005
Varianza		36.054
Mínimo		0
Máximo		24

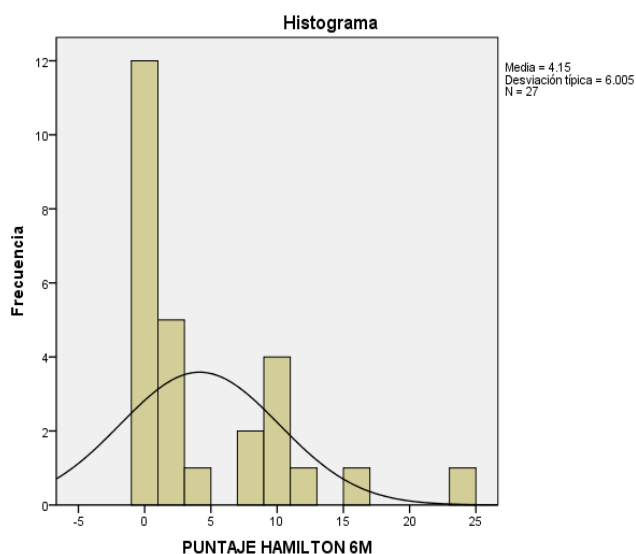


Grafico N° 5: Frecuencias por Valores de los puntajes por sintomatología depresiva en Escala de Hamilton al sexto mes de tratamiento.

Aplicado el Test de Hamilton al sexto mes de tratamiento, tiempo de evolución fijado en el estudio, de las mujeres tratadas por el programa de Depresión AUGE, el puntaje mínimo fue de 0 correspondiendo a sin depresión y el máximo fue de 4 correspondiendo a Depresión Mayor; En este caso, el puntaje que más se repitió fue de 0, haciendo alusión que las mujeres terminaron su tratamiento sin sintomatología depresiva, siendo este resultado el 46,5% de la muestra. No obstante, existió un grupo que abandonó que correspondiendo al 37,2% de la muestra, explicitado en 16 casos.

Existió un 24,3% de las pacientes que presentó algún tipo de depresión, en la mayoría de los casos Depresión Menor, observando un solo caso con resultado de depresión mayor.

RELACION DE HAMILTON 0 Y 6 MESES

Relación de categorías de sintomatología depresiva según escala de Hamilton al inicio y sexto mes de tratamiento

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	PUNTAJE 0M	25.22	27	6.635	1.277
	PUNTAJE 6M	4.15	27	6.005	1.156

TABLA 5.1. Estadísticos de muestras relacionales de Test de Hamilton 0 y 6 meses.

Al realizar prueba T de Student se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de puntuaciones del test de Hamilton obtenidas pre y post tratamiento.

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	PUNTAJE 0M - PUNTAJE 6M	21.074	9.961	1.917	17.134	25.015	10.993	26	.000

TABLA 5.3. Prueba T de muestras relacionadas de Test de Hamilton 0 y 6 meses.

Para complementar el análisis expuesto, a continuación se presenta un gráfico donde se aprecia la evolución al inicio y sexto mes de tratamiento, de la aplicación del instrumento del test de Hamilton en sintomatología depresiva:

Evolución de categorías de sintomatología depresiva según escala de Hamilton al inicio y sexto mes de tratamiento

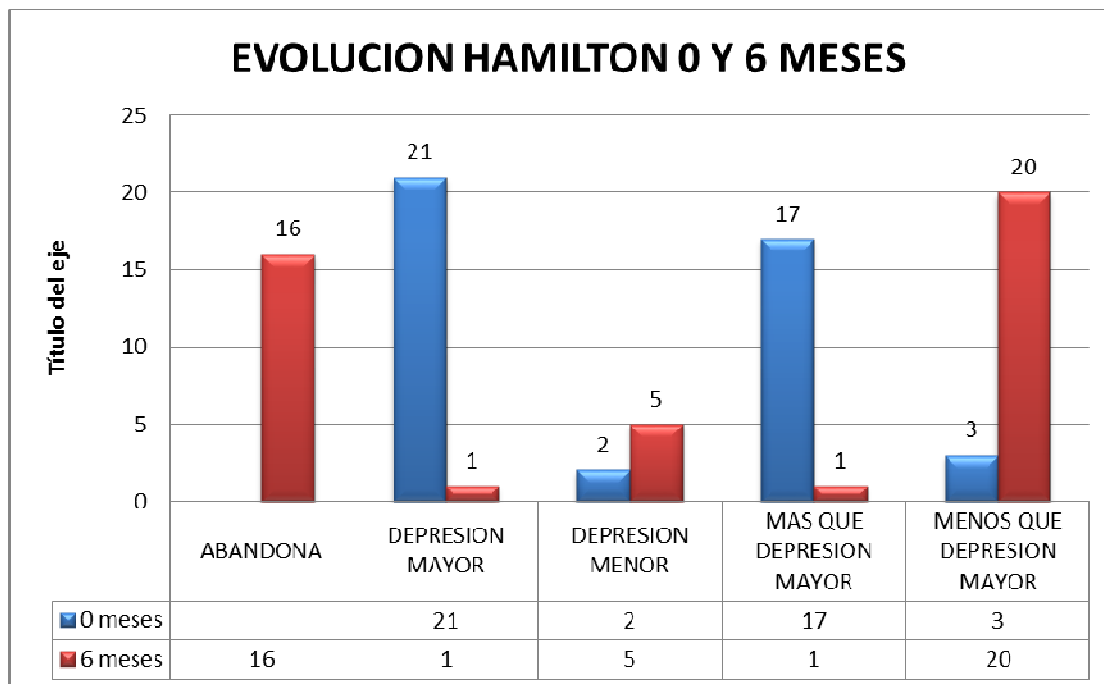


Grafico N° 6: Evolución Hamilton 0 y 6 meses.

Se aprecia claramente que el grupo que un grupo de 16 pacientes abandona, y 20 presentan menos que depresión.

Este hallazgo hizo necesario modificar la planificación de trabajo, dado que la respuesta a tratamiento en las personas que no desertaron tuvo buen rendimiento, no permitiendo conformar un grupo sin resultados favorables que permitiera establecer comparaciones de las variables familiares en función de los resultados. Por este motivo se realizó un estudio descriptivo de estas variables.

TEST 3. APGAR FAMILIAR

Categorías de funcionalidad familiar según escala de APGAR FAMILIAR al inicio del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DISFUNCION GRAVE	14	32.6	32.6
	DISFUNCION LEVE	20	46.5	79.1
	NORMOFUNCIONALES	9	20.9	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 6. Tipología según APGAR Familiar muestra total

Aplicado el test de APGAR FAMILIAR, el puntaje mínimo fué de 0 y el máximo fue de 10, correspondiendo los resultados de disfunción grave y normofuncionales respectivamente.

Estadísticos		
PUNTAJE APGAR		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
	Media	4.51
	Error típ. de la media	.409
	Mediana	5.00
	Moda	4 ^a
	Desv. típ.	2.685
	Varianza	7.208
	Rango	10
	Mínimo	0
	Máximo	10
	Suma	194

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

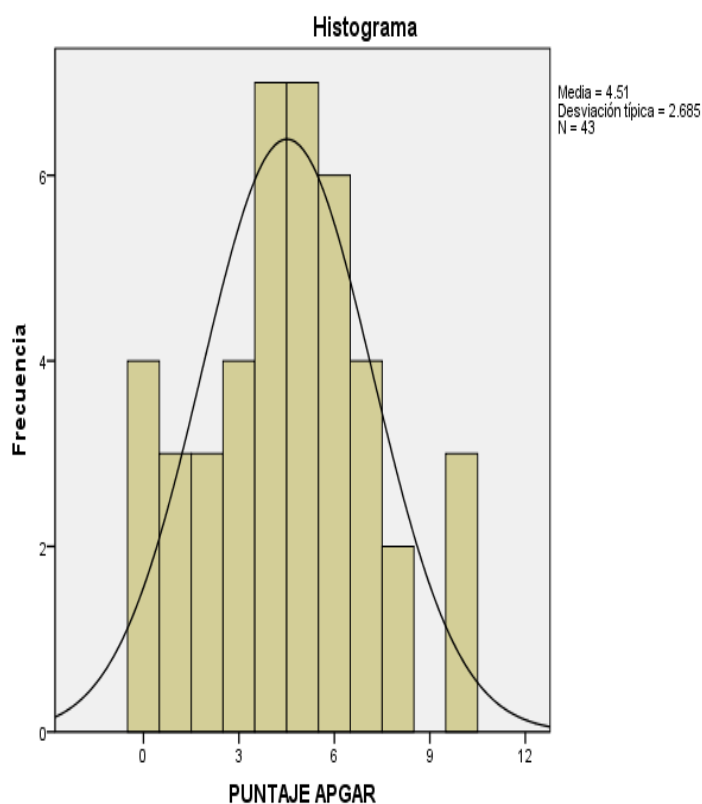


Grafico N° 7: Frecuencias por Valores de los puntajes de
APGAR FAMILIAR

El puntaje que más se repitió fue de 4, y la que se encontró mas se acerca a la media fué de 4,51, siendo el resultado de disfunción leve; representando el 46,5 % de la muestra. También, es importante destacar que el 32,6% de los casos obtuvo por sus puntajes resultados de disfunción grave y el 20,9% de normofuncionales.

TEST 4. ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER APOYO AMISTADES

Categorías de apoyo de amistades según escala de PROCIDANO Y HELLER al inicio del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ALTO	8	18.6	18.6
BAJO	35	81.4	100.0
Total	43	100.0	

TABLA 7.DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE APOYO DE AMISTADES PERCIBIDO (ESCALA DE PROCIDANO, APOYO AMISTADES)

Estadísticos		
PUNTAJE APOYO AMISTADES		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		7.60
Error típ. de la media		.648
Mediana		7.00
Moda		2 ^a
Desv. típ.		4.249
Varianza		18.054
Rango		15
Mínimo		1
Máximo		16
Suma		327

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

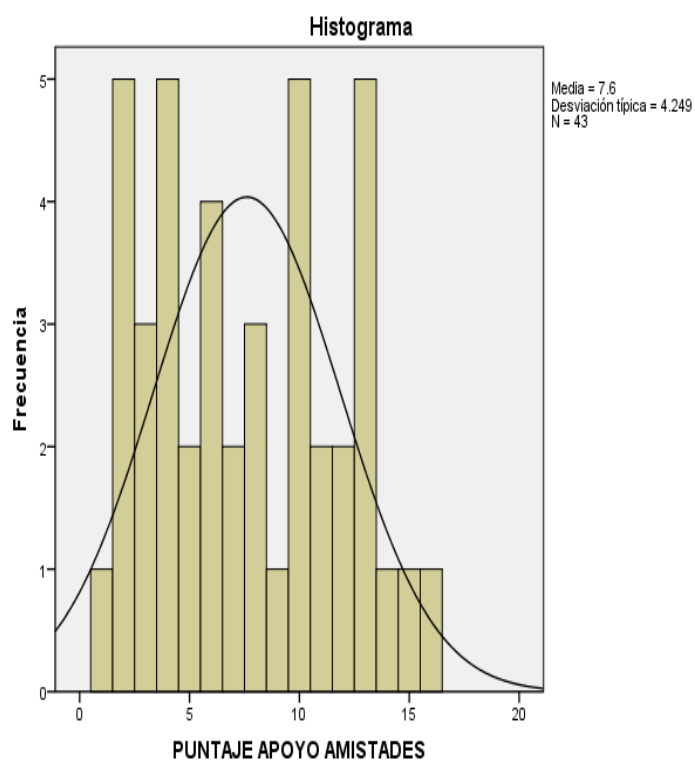


Grafico N° 8, HISTOGRAMA DE PUNTAJES DE APOYO DE AMISTADES PERCIBIDO (ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER).

PROMEDIO MUESTRA EN APOYO SOCIAL DE AMISTADES

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE APOYO AMISTADES	43	7.60	4.249	.648

TABLA 7.1. Estadísticos de una muestra de Test de Apoyo de Amistades.

TEST 5. APOYO FAMILIAR

Categorías de apoyo familiar según escala de PROCIDANO Y HELLER al inicio del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ALTO	7	16.3	16.3
	BAJO	36	83.7	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO (ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER)

Estadísticos		
PUNTAJE APOYO FAMILIAR		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
	Media	8.70
	Mediana	9.00
	Moda	11
	Desv. típ.	3.913
	Varianza	15.31
	Mínimo	1
	Máximo	17

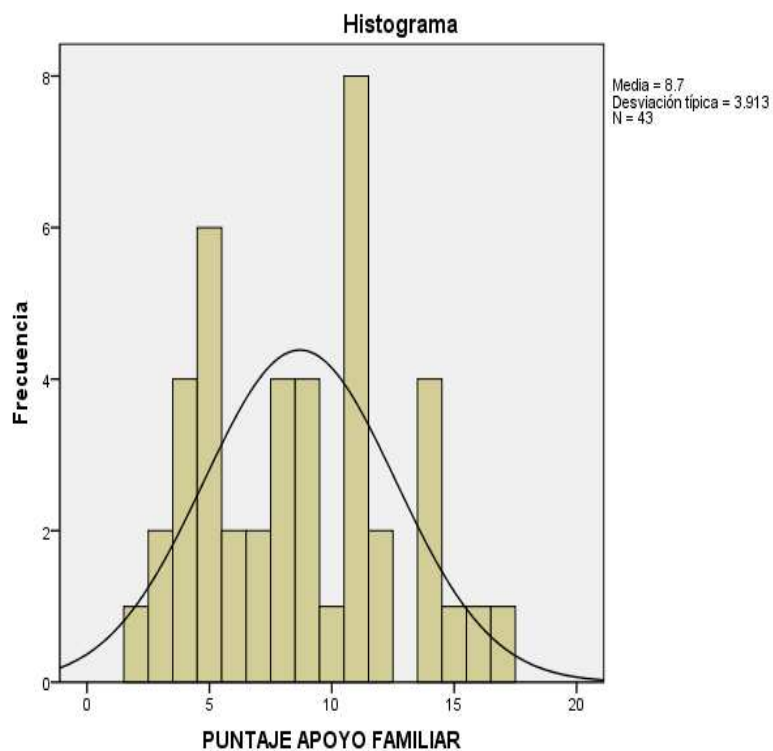


Grafico N° 9: HISTOGRAMA DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO (ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER).

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE APOYO FAMILIAR	43	8.70	3.913	.597

TABLA 8.1. Promedio muestra en Apoyo Familiar.

Aplicado el Test de Prociano y Heller en Apoyo Familiar, el 83,7 % de las mujeres presentó un bajo apoyo familiar. Se destaca, que el 16,3% presentó bajo porcentaje en “alto apoyo percibido”, correspondiendo a uno de los casos estudiados.

Respecto del Puntaje mínimo se centró en 2 y su máximo en 17, correspondiendo a bajo y alto apoyo respectivamente.

TEST FACES III. DIMENSION ADAPTABILIDAD

Categorías de adaptabilidad según escala de FACES III al inicio del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos CAOTICA	5	11.6	11.6
ESTRUCTURADA	8	18.6	30.2
FLEXIBLE	6	14.0	44.2
RIGIDA	24	55.8	100.0
Total	43	100.0	

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE ADAPTABILIDAD DEL FACES III

Estadísticos		
PUNTAJE F3 ADAPTABILIDAD		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		18.86
Error típ. de la media		1.078
Mediana		17.00
Moda		10 ^a
Desv. típ.		7.066
Varianza		49.932
Rango		24
Mínimo		10
Máximo		34
Suma		811

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

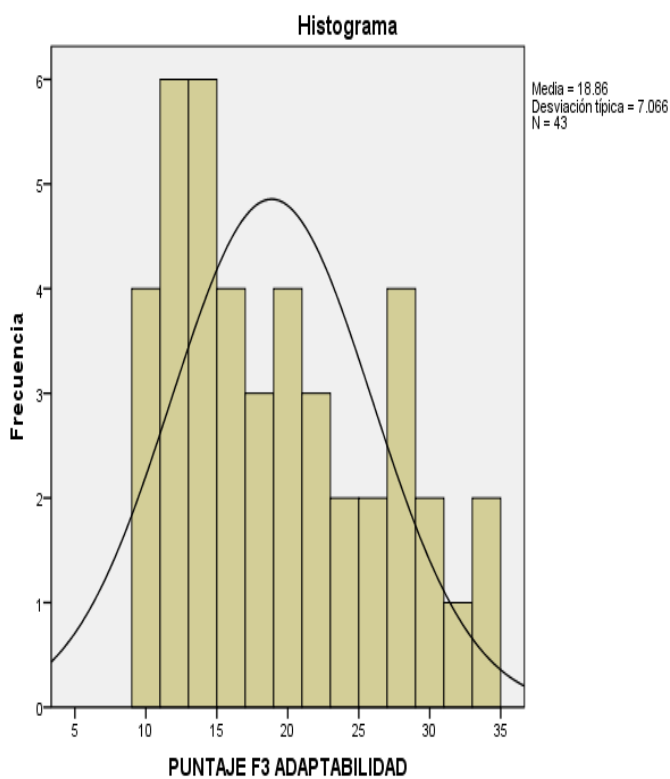


Grafico N° 10: Histograma Adaptabilidad del
FACES III.

Estadísticos para una muestra				
	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE F3 ADAPTABILIDAD	43	18.86	7.066	1.078

TABLA 9.1. Media puntaje Adaptabilidad muestra estudiada.

Al aplicar el Test de FACES III en su Dimensión de Adaptabilidad, el 55% de la muestra puntuó en la categoría rígida. La Media obtenida por el grupo fue de 17, lo que corresponde también a esta categoría.

TEST FACES III. DIMENSION COHESION

Categorías de cohesión según escala de FACES III al inicio del tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CONECTADA	3	7.0	7.0
	DESLIGADA	35	81.4	88.4
	ENMARAÑADA	1	2.3	90.7
	SEPARADA	4	9.3	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 10. Distribución de la muestra en categorías de COHESIÓN del FACES III

Estadísticos		
PUNTAJE F3 COHESION		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		27.47
Error típ. de la media		1.280
Mediana		26.00
Moda		22 ^a
Desv. típ.		8.393
Varianza		70.445
Rango		35
Mínimo		12
Máximo		47
Suma		1181

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

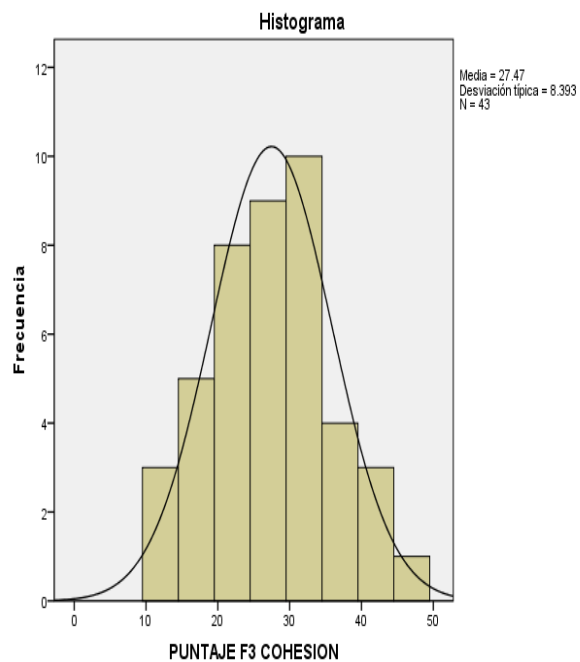


Grafico N° 11: Histograma de Cohesión del FACES III

|

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE F3 COHESION	43	27.47	8.393	1.280

TABLA 10.1. Estadísticos de una muestra de Test Faces III Dimensión Cohesión.

Al aplicar el Test de FACES III, los puntajes en cohesión se concentraron en la categoría desligada, representando el 81% del total de la muestra. La Media del grupo correspondió a 27,7%, puntaje que se encuentra en el rango de desligado.

TEST FACES III. TIPOLOGÍA FAMILIA

Aplicado el FACES III al inicio del tratamiento, estableciendo como se visualizaron las familias, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 11:

	DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	AGLUTINADA
CAOTICA	CAOTICAMENTE DESAPEGADO 4	CAOTICAMENTE SEPARADO 0	CAOTICAMENTE CONECTADO 1	CAOTICAMENTE APEGADO 0
FLEXIBLE	FLEXIBLEMENTE DESAPEGADO 4	FLEXIBLEMENTE SEPARADO 1	FLEXIBLEMENTE CONECTADO 1	FLEXIBLEMENTE APEGADO 0
ESTRUCTURADA	ESTRUCTURAL MENTE DESAPEGADO 3	ESTRUCTURAL MENTE SEPARADO 3	ESTRUCTURAL MENTE CONECTADO 1	ESTRUCTURAL MENTE APEGADO 1
RIGIDO	RIGIDAMENTE DESAPEGADO 24	RIGIDAMENTE SEPARADO 0	RIGIDAMENTE CONECTADO 0	RIGIDAMENTE APEGADO 0

GRÁFICO 12. DIMENSIÓN CLASIFICACIÓN DE FAMILIA

Tal como lo muestra el gráfico 12, las pacientes estudiadas representaron una proporción importante de éstas en el extremo rígidamente desapegado (24), mientras que sólo 4 de ellas reflejó pertenecer a flexiblemente desapegado y caóticamente desapegado.

La Distribución de la muestra en la tipología familiar de Olson reflejan que un 65,12% de los casos corresponden a familias Extremas, el 13,95% Familias Balanceadas y el 20,93% Familias Rango Mixtas.

CAPITULO VII.- CONCLUSIONES

Las conclusiones seguirán el orden establecido en la Metodología, abordando de manera general la investigación realizada.

1.- Características de la población estudiada:

Respecto del registro de información del tratamiento realizado a las pacientes, se realizó a través del registro en Fichas clínicas; reflejado en 43 mujeres que realizaron tratamiento farmacológico. De las derivaciones por el especialista a psicoterapia, 6 mujeres fueron derivadas y no se presentaron a psicoterapia; 14 de ellas asistió a un máximo de 2 sesiones, 10 de ellas realizó 3 meses de psicoterapia, y 5 cumplieron 6 meses de psicoterapia. Un alto porcentaje de mujeres no terminó el tratamiento psicoterapéutico, ante lo cual se propicia el modelo de tratamiento farmacológico. Debería dilucidarse en otras investigaciones la tendencia a priorizar por parte de las pacientes el modelo biomédico tradicional por sobre el modelo psicoterapéutico, pudiendo influir factores prácticos entendidos como el trayecto (dificultad de asistir periódicamente al centro de especialidad), como la situación socioeconómica para solventar los traslados desde el domicilio hasta la consulta. (Contreras, 2006).

Si bien, el estudio desarrollado no es un estudio de prevalencia, se señala que existe una alta preponderancia del sexo femenino en Chile, llegando a una proporción de 3 a 1 (Contreras, L 2006). Lo cual se puede relacionar con la dificultad de los varones para reconocer la necesidad de ayuda en salud mental, lo cual disminuye las pesquisas del trastorno (Páez, 1986).

El rango de la población fluctuó mayoritariamente entre 30 y 39 años, aunque también se destaca la aparición de la depresión entre los 20 y 29 años. Estos 2 rangos representaron al 62.8 % de las mujeres del universo estudiado. Esto permite concluir que en el grupo investigado la depresión se presenta mayoritariamente en personas menores de 40 años. Esto coincide con estudios internacionales que han reportado progresivamente a edades más tempranas (Calderón, Narváez G, 1999).

En relación con el estado civil de la muestra concentró la mayor cantidad de mujeres con estado civil de Casada representada en 18 pacientes, y 12 mujeres con estado civil Soltera, representando un 41,9% y 27,9 % respectivamente. Concentrando en conjunto el 69,8 % de la muestra. Lo cual desmentiría la afirmación de que las personas solteras se deprimen más que las casadas (WHO, 2000). Coincide con estudios que señalan que esa premisa de los solteros es válida para los varones (Tratado de Psiquiatría) (Páez, Caplan y otros, 1986).

Respecto al Nivel Educativo, los tipos de educación que concentraron mayor cantidad de personas con sexo femenino representaron a 20 mujeres con nivel educativo básico completo y 15 tienen educación media, representado en un 46,5% y 34,9 % respectivamente. Concentrando en conjunto el 81,4 % de la muestra. Para esta muestra se desmentiría la asociación de depresión y bajos niveles educativos (WHO, 2000, Páez, 1986, Alvarado, 1992).

2.- Conclusión de los Test Aplicados para la Investigación.

Se incluyó la Escala Hamilton de Depresión como criterio para efectos de este estudio, permitiendo medir sintomatología depresiva, el cual reflejó que de las 43 pacientes estudiadas, la mayor proporción de éstas se ubicó en valores de Depresión severa (21), mientras que solo 17 de ellas presentaron depresión mayor (48,8% y 39,5%) respectivamente. Las pacientes que fueron diagnosticadas con Depresión Menor y menos que depresión menor, representaron en conjunto un 11,7 % de la muestra, ingresando a Depresión AUGE ya que presentaban historia con criterios de suicidabilidad, lo cual ha sido un factor de riesgo para este tipo de población, antecedente respaldado en la especificación de las interconsultas de derivación por Médico de Salud Mental de APS y con recopilación de antecedentes mórbidos en la entrevista diagnóstica realizada por el especialista.

De acuerdo a la MODA, el puntaje que más se repitió fue de 24, encontrándose en el rango de depresión mayor, siendo el promedio (media) de 25,5; el puntaje máximo obtenido fue

|

de 38 correspondiente a más que Depresión Mayor y mínimo fue de 8, correspondiendo a Depresión menor.

Respecto de Hamilton 6 meses, de las 43 pacientes estudiadas dio cuenta que 27 de estas no abandonaron el tratamiento, representado en un 62,8 %; 16 personas abandonaron tratamiento, reflejado en un 37,2%; importante señalar, que 20 de las mujeres encuestadas completó su tratamiento sin presentar sintomatología depresiva. De los datos expuestos, se puede decir que existe congruencia entre el tratamiento realizado y los lineamientos que establece el Programa priorizando en las mujeres el tratamiento farmacológico, por sobre la intervención psicoterapéutica individual; a través de la revisión de las Fichas Clínicas de las mujeres tratadas reflejó un alto índice de abandono y/o no registra Psicoterapia individual registrado en 28 pacientes.

De acuerdo a la MODA el puntaje que más se repitió fue de 0, lo que reflejó que las pacientes se encontraron sin sintomatología depresiva. Se debe considerar que las pacientes que abandonaron tratamiento se excluyeron de este análisis.

De los Test de Hamilton aplicados al inicio y sexto mes de tratamiento respectivamente, en relación a la evolución de la sintomatología depresiva, la mayor parte de la muestra 62.8% mejoró con el tratamiento realizado, aunque hay un 37.2% que desertó del tratamiento y se ignora su evolución, no existiendo evidencia de la sintomatología presentada respecto a mejoría.

En relación a APGAR FAMILIAR se observó que de las 43 pacientes estudiadas, la mayor proporción de éstas se ubicó en valores de disfunción leve a severa (79.1%), mientras que sólo un 20.9% reflejó pertenecer a familias de funcionamiento normal.

De acuerdo al análisis de MODA el puntaje que más se repitió fue de 4, lo que refleja que las pacientes presentaron una disfunción leve en el sistema familiar.

De la Revilla (1992), refiere que la disfuncionalidad familiar, es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital que se encuentra y en relación con las

|
demandas que percibe de su entorno; López (1986), indica que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

En relación a Apoyo de Amistades, medido a través de Test de PROCIDANO Y HELLER, de las 43 pacientes estudiadas, la mayor proporción se ubicó en un bajo nivel de apoyo percibido (81.4%), mientras que sólo un 18.6% percibió un alto nivel de Apoyo respecto de sus amistades. Barrera (1988), explica que será en situaciones de estrés moderado cuando se apreciarán diferencias en la aparición de síntomas entre aquellas personas que cuentan con un alto apoyo social y las que no.

De acuerdo al análisis de MODA el puntaje que más se repitió fue de 2, lo que reflejó que las pacientes presentaron un bajo nivel de apoyo respecto de las amistades.

En Apoyo Familiar, se observó a 36 mujeres que se les aplicó el test presentaron un bajo Apoyo Familiar, 7 presentaron un alto apoyo familiar, representando un 83.7%, y 16.3% respectivamente. De acuerdo a lo mencionado, la mayor proporción de estas se ubicó en valores de Bajo nivel de apoyo Familiar, mientras que en menor proporción reflejó pertenecer a familias con un alto nivel de Apoyo Familiar.

De acuerdo al análisis de MODA el puntaje que más se repitió fue de 11, lo que reflejó que las pacientes presentaron un bajo nivel de apoyo respecto de la Familia.

Respecto del Apoyo Social de Amistades y Apoyo Social Familiar, la percepción de las mujeres ingresadas fue tener un alto porcentaje de bajo nivel de apoyo, respecto de las relaciones al interior del grupo familiar como de sus amistades respectivamente. De los 16 casos que abandonaron tratamiento, al inicio de la investigación, 12 de ellas presentaron una percepción de un bajo nivel de apoyo Familiar; y, respecto de las Amistades 13 mujeres presentaron bajo nivel de apoyo social.

|

El Apoyo Social interviene como factor decisivo respecto de la vulnerabilidad psicopatológica, demostrándose empíricamente que las personas que contaron con un adecuado apoyo familiar y Social, expuestas a estresores similares, tuvieron menores probabilidades de deprimirse que aquellas que no contaron con sistemas de apoyo satisfactorios (Contreras, 2006; Páez, 1986; Álvaro, 1992; Sandin, 1995; Sanz, 1995; Sue, 1996, Gracia; 1997, Musitu, 2004).

En relación FACES III, ha permitido a la investigación una claridad y ordenamiento frente a los distintos tipos de dinámicas familiares, siendo útil para su estructura, la cual ha orientado a explicar la necesidad particular que presentaron los distintos sistemas familiares, dependiendo de las características de los miembros que la integran relacionada con la etapa evolutiva que estas se encontraban; específicamente, tiene que ver con el grado en que la familia ha sido flexible y capaz de cambiar poder familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol y reglas de la relación.

Respecto de la Dimensión de Adaptabilidad, especificó, el grado en que la familia presentaron flexibilidad y capacidad de cambio, tanto sus estructuras de poder, relaciones de rol y reglas de la relación en respuesta a stress situacional o evolutivo.

La dimensión adaptabilidad ha sido medida respecto al poder familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol, y reglas de la relación. En la investigación, se observó que un 55.8% de las pacientes percibían rigidez respecto de las relaciones al interior del grupo familiar, y 18% eran estructuradas, dando cuenta en las Familias que no han sido capaces de flexibilizar roles y reglas de relación al interior del grupo.

De acuerdo al análisis del cálculo de variable estadístico, el puntaje que más se repitió fue de 10, lo que reflejó que las pacientes presentaron rigidez respecto de las relaciones de rol, sus reglas y estilos de negociación.

Respecto de la Dimensión Cohesión ha evaluado el grado por el cual los miembros se encontraron *conectados* o *separados* del resto de la familia. Esta dimensión reflejó los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Dentro del modelo Circumplejo tanto para diagnosticar como medir la dimensión de la cohesión se ha considerado: la unión emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. Reflejando la gran parte de la muestra con familias rígidamente separadas. De las 43 pacientes estudiadas, la mayor proporción de éstas se ubicó en valores de Desligada, mientras que solo un 9.3%, 2.3%, y un 7.0%, reflejó pertenecer a familias separada, enmarañada y conectada respectivamente, concluyendo que los casos representaron vínculos emocionales separados entre los miembros en un alto porcentaje.

De acuerdo al análisis de la variable estadística, el puntaje que más se repitió fue de 22, lo que reflejó que las pacientes se presentaron desligadas respecto de la cohesión.

Finalmente, el antecedente que el 100% de las mujeres ingresadas había presentado Episodio Depresivo anterior y el 90% intento de suicidio (registro de derivación a través de interconsulta y anamnesis clínica), habla específicamente de la cronicidad del Trastorno, lo que dificulta el tratamiento cuando existe la presencia de factores de riesgo asociados. (Kaplan, 1997; Retamal, 2003, Contreras, 2006).

Comentarios Finales

En primer lugar, la muestra de las mujeres que aceptaron participar en la investigación de manera voluntaria y con consentimiento informado, permitió conocer antecedentes biográficos detallados en Fichas Clínicas, enriqueciendo la investigación realizada, siendo especificadas en Anexo N° 2.

En segundo lugar, permitió realizar un alcance porcentual de las pacientes que terminaron su proceso médico y psicoterapéutico, representado en un 62,79% como las que abandonaron éste, siendo un 37,21% respectivamente.

En tercer lugar, Respecto de los Test aplicados en la investigación: la diferencia en el nivel de sintomatología depresiva al inicio del tratamiento reflejó que las mujeres presentaron un alto porcentaje sintomatología depresiva, y las que terminaron el sexto mes de tratamiento el tratamiento médico psiquiátrico y psicológico, demostró porcentualmente las mujeres que se encontraron sin sintomatología depresiva, siendo nuevamente respaldado en la mantención del Modelo Biomédico por sobre las propuestas de la Guía Clínica Depresión AUGE.

En cuarto lugar, respecto al Modelo Circumplejo de Olson en las mujeres investigadas la mayor parte de las mujeres describía a sus familias en los extremos de baja cohesión (desligada) y rígidas (Familias Extremas). Lo cual coincide con los hallazgos de Olson que señala mayores posibilidades de disfunción familiar y trastornos individuales en las familias extremas.

La mayoría de las parejas y familias que buscan tratamiento, se encuentran en uno de estos niveles extremos. (Olson, 1991); reflejado en el sistema de clasificación de la Familia que preponderó el Rango Extremo, encontrando mayoritariamente desvinculación y rigidez respecto de las dinámicas al interior del grupo familiar (roles, normas, comunicación, entre otros).

|

En quinto lugar, respecto del Apoyo Social, debe considerarse que el sentimiento de ser apreciado por otras personas y de pertenecer a una red social puede tener efecto en el bienestar y la salud, ya sea directamente o a través de procesos psicológicos, los cuales percibieron bajo nivel de apoyo social tanto de sus amistades como de sus familiares.

Finalmente, se puede concluir que existió remisión sintomatológica en las pacientes que completaron tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, ya sea por la opción de haber realizado un tratamiento integral, y/o porque realizaron un tratamiento médico permanente, lo cual fue un factor relevante en la recuperación de estas pacientes.

Centrados en Guía Clínica Depresión GES (2006):

Cabe destacar que las Consultorías de Salud Mental deben potenciarse, de manera que los Equipos Multidisciplinarios de Salud mental de los Centros de Atención primaria cuenten con elementos resolutivos al momento de Recepcionar una paciente de alta complejidad, de esta forma se utilizaría de una manera óptima la prevención de la cronicidad de un cuadro psicopatológico.

Respecto de las intervenciones según grado de evidencia, las intervenciones grupales y la posterior conformación de grupos de autoayuda, no se han implementado dada la infraestructura deficiente en el complejo que se encuentra en funcionamiento post terremoto, el cual probablemente ha sido un factor importante en el alto porcentaje de abandono de las pacientes que fueron derivadas a psicoterapia, no contando con intervenciones de contención y seguimiento, lo cual fue demostrado en los antecedentes expuestos en la investigación.

Debe considerarse que en el Centro de Producción de Psiquiatría – Salud Mental utiliza el concepto de modelo biopsicosocial de Salud Mental; el Programa Depresión AUGE, se encuentra aún planteado fundamentalmente desde el modelo médico, siendo parte de la canasta de prestaciones las intervenciones psicosociales, las que son consideradas como un apoyo significativo en la población atendida; permitiendo optimizar el trabajo de los

|
profesionales llevando a las pacientes a una mejor calidad de vida y a un entorno Social y Familiar mas saludable y con menos estresores, sin embargo no se han utilizado de manera integral respecto de la realidad de la población estudiada.

Para contar con mayores antecedentes respecto de las pacientes que ingresen a tratamiento, sería fundamental incorporar las baterías de Test aplicados en este estudio para recopilación de antecedentes sociales, familiares y del entorno de esta manera se realizaría un abordaje integral en este Centro de Especialidad, implementando realización de seguimiento para los pacientes que mantienen tratamiento como las que abandonan. Esto significaría gestionar recursos adicionales (humanos, financieros, infraestructura), ya que con los recursos actuales no se podría aplicar inmediatamente.

Respondiendo a la pregunta de investigación, el Estudio dio cuenta que efectivamente existe una remisión de la sintomatología depresiva que presentaron las mujeres que completaron un tratamiento de seis meses de acuerdo a Protocolo AUGE; el cual en sus especificaciones se centra en el individuo, y no en su contexto Familiar y Social; ante lo cual, se sugiere en la presente investigación la incorporación de mayor recurso Humano e Infraestructura con implementación de Test aplicados en la investigación que permitan realizar un tratamiento, acompañamiento y seguimiento del paciente y su Familia realizando intervenciones Psicosociales integrales, de esta manera, se obtendrán mayores y mejores antecedentes respecto de la remisión de sintomatología y se minimizaría la cronicidad del cuadro, mejorando las relaciones interpersonales, Familiares y Sociales en las pacientes tratadas en este Centro de Especialidad. Además, se sugiere la confección de Protocolo de manejo para pacientes con Depresión severa con la finalidad de orientar al manejo adecuado en: la Red de Atención primaria, Hospitales tipo 4 y servicios de Urgencia, servicios ambulatorios y servicios de Hospitalización del Hospital San Juan de Dios, que contemple desde el ingreso, procedimientos, alta médica de los pacientes. Finalmente, un tarjetón de Salud Mental en pacientes Depresivas con la finalidad de contar con la información relevante acotada y accesible a los Profesionales que realicen

|

intervenciones psicosociales y médicas, el cual en un futuro sistema informático de Salud Mental, se podría implementar computacionalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Acuña, Dra. Julia. (1999).** “Modelos de Rehabilitación Psicosocial”. Ministerio de Salud. División de salud de las personas. Unidad de Salud Mental.
- **Ander- Egg, E. (1995).** “Técnicas de Investigación Social”. Colección Política, Servicios y Trabajo Social. (24^a Ed.). Editorial Lumenn. Buenos Aires. Argentina.
- **Altshuler, L. L., Bauer, M., Frye, M. A., Gitlin, M.J., Mintz, J., Szuba, M.P., Whybrow, P. C. (2001).** Does Thyroid Supplementation Accelerate Tricyclic Antidepressant Response. A Review and Meta- analysis of the literature. *A.M. J Psychiatry.* 158 (10): 1617-22.
- **Austin, M. P., Souza, F. G., Goodwin, G. M. (1991).** Lithium Augmentation in Antidepressant – Resistant Pastiness. A quantitative analysis *BR. J Psychiatry.* OCT: 159: 510-4.
- **Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., Lewis, G. (2001).** Common Mental Disorders in Santiago. Chile; Prevalence and Socio- Demographic Correlates, *BR J. Psychiatry.* 178: 28-33.
- **Barra, E. (2004).** “Apoyo Social, Estrés y Salud”. *Psicología y Salud.* 14. 237-243.
- **Barrantes, C. A. (Dic. 1998 – Nov. 1999)** “¿Qué es eso que llaman Trabajo Social?”. *Revista de Servicio Social.* Vol. 1. N° 3.
- **Barron, A. (1990).** Apoyo social. Definición, *Jano;* 38:1086- 1097.
- **Bech, P. (1996).** The Bech, Hamilton and Zung Scales for mood disorders: Screening and listening: A twenty years update with reference to DSM-IV and CIE-10. (2ND ED). New York: Sringer-Verlag.

- **Bech, P., Kastrup M., Rafaelsen O. J. (1986).** Minicompendium of Rating Scales for states of anxiety depression, mania, schizophrenia, with corresponding DSM-III Syndromes. *Acta Psychiatry Scand.* 73 (Supl. 326): 1-35.
- **Bellon, J. A., Delgado A., Luna Del Castillo J. D., Lardelli P. (1996).** Validez y Fiabilidad del cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar. *Atención Primaria.* 18(6): 289-96.
- **Brown Gw, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK.** Influence of familylife on the course of schizophrenicillness. *Br J Prevent Soc Med* 1962;16:55–68
- **Caplan, G. (1974).** Support Systems and Community Mental health. Basic Books, N. York.
- **Casarrubios, E., Lareo, J., Arribas, J.M., Frieyro, J. E. (1988).** Uso del índice Apgar Familiar en Medicina de Familia: Medida de la Disfunción Familiar inducida por alcohol. experiencia inicial en 201 pacientes. *Atención Primaria.* 91: 732-5.
- **Cohen, S., Wills, T. A. (1985).** Stress, Social Support, and the Buffering hypothesis *Psycholl bull,* 98: 310- 357.
- **Colectivo de Autores. (1997).** Cumplimiento e Incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico. Madrid: Ediciones Doyma.
- **Connor, K.M., Davidson, J.T.R. (2003).** Escala de 8 ítems para los resultados del tratamiento del TEPT (TOP8) en: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica editores Bobes, Paz G-Portilla., Saiz Bousoño. Barcelona España- ARS Médica (2ª EDICIÓN).

- **Cordero Allary, Dr. Martín. (1998).** Salud Mental y Psiquiatría. “Modelo Gravitacional”. Editorial Universidad de Santiago. Chile.
- **Chen, Y. C., Chen C.C., Hsu, S.H., Lin C.C. (1980).** A Preliminary Study of Family APGAR Index. Acta Pediatric Sinica. 21: 210.
- **Chiulaf Elicura. (2008).**
<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b5e8460e04001011f01239d.pdf>
- **Crespo Fierro M. (1997).** Adherence to Potent Antirretroviral Therapy. J Assoc Nurses Aids Care.
- **Dahnke, G. L. (1989).** “Investigación y Comunicación”, En C. Fernández- Collado y Dahnke G. L. (Comps), La Comunicación Humana: Ciencia Social, México: Mcgraw-Hill, PP.385-454.
- **De La Revilla, L., Fleitas, I. (1994).** “Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar”. Ediciones Doyma. Barcelona, España.
- **Del Valle, G F. (2006).** “Uso de la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACESIII) en Población Clínica de un Equipo de Intervención en Crisis”.
<http://newpsi.bvs-psi.org.br/mapa/Argentina/tomo3.pdf>
- **Depresión: Trastorno depresivo Mayor: Catholic Health 2010.**
http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml
- **Doherty WA, Campbell TL.** Families and Health. Beverly Hill, CA, Sage, 1998.
- **Fletcher, B. (1991).** Work, stress, disease and life expectancy. Nueva York, Wiley.
- **Gracia, E., Herrero, J., & Misita, G. (1995).** “El Apoyo Social”. Barcelona. PPU.

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/967/96717106/96717106.html>

- **Hamilton, M. Rating Scale for Depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry (1960); 23: 56-62.** Development of a Rating scale for Primary Depressive Illness. BR J Soc Clin Psychol. (1967); 6: 278-296.
- **Haynes, R. B. (1979).** Determinants of Compliance: The Disease and the Mechanics of Treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press.
- **Hernández, R., ET AL. (2003).** “Metodología de la Investigación”. ED. MC Graw Hill. (3ª Ed.). México.
- <http://www.scielo.cl/scielo.php?pu=s0034-98872002000800007.html>
- **Hernandez, R. (1998).** Missing doses has Major impact on Success of antiretroviral therapy. New York: Aids Institute.
- **J J. Viñes.** “La Efectividad de la Detección precoz de las Enfermedades”. profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de Navarra. Pamplona.
- **Leff J, Wig NN, Bedi H, Menon DK, Kuipers L, Korten A, et al.** Relatives’ expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. A two-year follow-up of a first-contact sample. Br J Psychiatry 1990;156:351–356.
- **Libertad, M. A., Jorge A., Grau, A.** “The Study of Therapeutic Adherence AS A Problem of health Psychology”. Enero- Junio año/Vol.14, Numero 001. Universidad Veracruzana. Xalapa, México. PP89-99.
- **Lobo, B., y Narváez, F. (1987).** “Redes Sociales en la Población de tercera edad en la zona negra”. Barranquilla. Tesis (Psicólogo). Universidad Del Norte, Departamento de Psicología.

- **Louro, I. Capítulo 5. Atención Familiar. (2000).** En Álvarez Sintés, Tema de Medicina General Integral. Vol. I. Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM- IV- TR).** American Psychiatric Association.
- **Mansilla, F. (1993).** Red Social y Apoyo Social en Enfermos Mentales sin Hogar. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 13. Nº 45. 46-51 (124-129).
- **Meichembaum, D y Turk, D.C. (1991).** Cómo facilitar el seguimiento de los Tratamientos Terapéuticos. Guía Práctica para los Profesionales de la Salud. Bilbao. Descleé De Brouwer.
- **Ministerio de Salud. DISAP, Unidad de Salud Mental. DIVAP, Dpto. Modelo de Atención. Manual de Atención Primaria. “Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión”.**
- **Ministerio de Salud (2000), Plan Nacional de Salud Mental.**
- **Ministerio de Salud. (2006).** Guía Clínica. Serie Guías Clínicas MINSAL Nº XX, 1º Edición. Santiago, Chile.
- **MINISTERIO DE SALUD. (2009).** Programa Nacional para el Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión.
http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_mental/programanacdiagtratadepre.html
- **Olson, D.H., Russell, C.S., Sprenkle, D.H. (1983).** Circumplex Model of Marital and Family Systems: VI. Theoretical Update. Family Process. 22: 69-83.

- **Olson, D.H., (1991).** Tipos de Familia, Estrés Familiar y Satisfacción con la Familia: Una Perspectiva del Desarrollo Familiar. En: Falicov CJ (Compiladora), Transiciones de la Familia: Continuidad y Cambio en el Ciclo de Vida. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- © Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en Salud Mental.
- **Páez, D., (1986).** Salud Mental y Factores Psicosociales. Editorial.
- **Pérez, A. (1989).** “Disfunción Familiar y Estrés en un grupo de Médicos residentes de Post-Grado. (Tesis de Post- Grado no Publicada). Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.
- **Puente Silva F. (1985).** Adherencia Terapéutica. México, DF: La Vanguardia De La Salud.
- **Rand, C.S. (1993).** Measuring Adherence with Therapy for Chronic Diseases: Implications for the Treatment of Heterozygous Familial Hypercholesterolemia. American Journal of cardiology.
- **Rodríguez, M., Ceberio. (2006).** Viejas y Nuevas Familias. La Transición Hacia las Nuevas Estructuras Familiares.
<http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/21.pdf>
- **Rodríguez, E., Gea, A., Gómez, A., García J. M. (1996).** Estudio de la Función Familiar a través del Cuestionario APGAR. Atención Primaria.17: 338-41.
- **Rodríguez Marín L. (1995).** Psicología Social de la Salud. Madrid: Ediciones Doyma. 40-58.
- **Salt, J. M. (1988).** A Dictionary of Epidemiology. Oxford University. New York.

- **Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. Y Cook, S.W. (1980).** “Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales”. (9º. ED), Madrid: RIALP.
- **Silva, German, E., Galeano, E., Correa, J. (2005).** “Compliance with the Treatment. Implications of Non- Compliance”. Hot Topic. Acta Med Colombia Vol.30 N°4.
- **Smilkstein, G. (1978).** The Family APGAR: A Proposal for a Family function test and its use by Physicians. J Fam Pract. 6: 1231-9.
- **Smilkstein, G., Ashworth, C., Montano, D. (1982).** Validity and Reliability of the Family APGAR as a test of Family Function. J Fam Pract. 15: 303-11.
- **Titelman, D. (1999, Septiembre)** “Reforma en Salud debe consolidar Eficiencia con Solidaridad”. Notas de la CEPAL. N° 6.
- **Valles, M. (2003).** “Técnicas cualitativas de Investigación Social”. Editorial Síntesis. Madrid.
- **Vázquez, C. (1995).** Evaluación de Trastornos Depresivos y Bipolares. En Roa A. (ED). Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: CEPE, P 163-209. Citado en: Vázquez, C., Jiménez, F. Depresión y Manía. En: Bulbena, A., Berríos, G., Fernández DE Larrinoa, P. (EDS). (2000). Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona: MASSON S. A. P 264.
- **Vera, A. (1994):** Un Modelo explicativo de la Salud Mental basado en categorías Psicosociales: Descripción teórica de sus componentes, Construcción de una batería de instrumentos para la Evaluación de factores Psicosociales y prueba empírica del Modelo. Tesis para optar Grado Magíster: “Evaluación del Impacto de la Intervención Psicosocial en el Programa Depresión en un Centro de Salud de Atención Primaria de la Comuna de Viña Del Mar”: Autor: Contreras, L. Valparaíso, 2006. Chile.

- **Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., Torres, S. (2002).** Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica. Rev. Med. Chile. 130: 527 – 536.
- **Vitriol, V. (2005).** Estudio: “Frecuencia de antecedentes anamnésicos asociados a historias de abuso sexual infantil en mujeres con Depresión Severa usuarias del servicio de Salud Mental del Hospital de Curico”.
- **Vitriol, V. (2005).** Evaluación de un Tratamiento Protocolizado de Mujeres con Depresión Severa y Antecedentes de Trauma Infanto Juvenil en un Servicio de Salud Mental”.
<http://www.fondef.cl/bases/fondef/proyecto/ad5/sa05120037.html>
- **Vitriol, G. V. (2005).** “Relación entre Estrés Postraumático de inicio tardío, Abuso sexual Infantil y Revictimización sexual Adulta”. Aproximación Diagnostica y abordaje Terapéutico.
- **Vitriol, G. V. (2008).** “Protocolo de Atención a Mujeres con Depresión Severa y Trauma temprano: Evaluación de su Eficacia y Costo- Efectividad en un Servicio de Salud”.
<http://www.clinicasantasofia.cl/invest/sep2008.pdf>
- **Vivas, E., Feldman, L., Bages, N., Vargas, C., y Andrade, L. (1993).** Propuesta de Medición del Apoyo Social. Universidad Simón Bolívar, Caracas. TABAJO presentado en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile.
- **Von Bergen, A., De La Parra, G. (2002).** OQ-45.2, Cuestionario para Evaluación de resultados y Evolución Psicoterapia: Adaptación, Validación e Indicaciones para su Aplicación e Interpretación. Rev. terapia Psicológica 2002; 20: P161-175.

|

- **WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology.** Cross National comparison of the prevalence's and correlates of mental disorders. Bulletin WHO 2000; 78 (4): 413-26.

|

ANEXOS

|

ANEXO 1:

Carta Consentimiento

Informado

SERVICIO DE SALUD MENTAL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA FAMILIARES Y REMISIÓN DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN PACIENTES TRATADAS EN EL PROGRAMA DE DEPRESION SEVERA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICO

Por la presente comunicación, le solicito su participación voluntaria a una investigación que se realizará en este Servicio. Este tiene por objetivo Evaluar el Tratamiento realizado a las pacientes que ingresen a tratamiento en Centro de Producción de Psiquiatría y Salud Mental de Hospital San Juan de Dios Curicó.

Primero le solicitamos si Ud. nos puede contestar cinco cuestionarios para determinar adecuadamente sintomatología, Apoyo Social, Apoyo familiar, Estructura y Funcionamiento Familiar. La información será completamente confidencial, en caso que Ud. Presente Depresión severa.

Se entrevistará al inicio y sexto mes de tratamiento para determinar su grado de mejoría de síntomas depresivos. Solamente la investigadora tendrá acceso a la investigación que Ud. brinde.

Su participación es voluntaria, pudiendo renunciar cuando Ud. lo estime conveniente sin perjuicio de su tratamiento.

Formulario de Consentimiento Informado:

He sido informada adecuadamente y acepto participar de una investigación a realizarse en este servicio. La información obtenida de ficha clínica y otras evaluaciones, podrá ser utilizada con fines de investigación, manteniéndose la adecuada confidencialidad.

Nombre de la Paciente :

R.U.T :

Firma de la Paciente

Firma de la Investigadora

Fecha,

|

ANEXO 2:

**Entrevista Psiquiátrica
semiestructurada para
investigación**

|

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA SEMIESTRUCTURADA PARA INVESTIGACIÓN

NOMBRE :
 EDAD :
 ESCOLARIDAD :
 ESTADO CIVIL :
 N° DE HIJOS :
 DIRECCIÓN : COMUNA:
 TELEFONO :
 OCUPACIÓN ACTUAL: OCUPACIÓN PASADA:

MOTIVO DE CONSULTA:

CAUSAL DE DERIVACIÓN. IDEACIÓN SUICIDA
 INTENTO SUICIDA
 DESCONTROL DE IMPULSOS
 SINTOMAS PSICÓTICOS
 BIPOLARIDAD
 REFRACTARIEDAD TRATAMIENTO

INICIO DE SÍNTOMAS EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO

CAUSA DE DESCOMPENSACIÓN DE EPISODIO ACTUAL. NO HAY. DUELO.
 CONFLICTO DE PAREJA. PROBLEMAS ECONÓMICO. HECHO TRAUMÁTICO.
 OTRO.

TIEMPO DE TRATAMIENTO A. P. DE ESTE PERÍODO

FÁRMACOS USADOS	TIEMPO	DURACIÓN
-----------------	--------	----------

TRATAMIENTO A. P.

EPISODIOS PREVIOS.	SI	NO	N	EVOLUCIÓN ASINTOMÁTICA.
				PRESENCIA DE SINTOMA RESIDUAL
				EDAD DE PRIMER EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.
				HOSPITALIZACIÓN PREVIA.
				FÁRMACOS USADOS.

HISTORIA DE INTENTOS DE SUICIDIO.	NUMERO
	EDAD
	FECHA DEL ÚLTIMO
	MOVIL DEL ÚLTIMO

|

SICOFÁRMACO, TREN, MODO DEL ÚLTIMO: COLGARSE,
 COMORBILIDAD TEPT
 TRASTORNO DE PÁNICO
 OTRO CUADRO ANSIOSO
 MARSHALL 1 2 3 4 5 6 7
 HISTORIA DE ADICCIÓN. ALCOHOL NO EDAD INICIO USO ABUSO
 BENZODIAZEPINAS NO EDAD INICIO USO ABUSO

ANEXO 3:

Instrumento de

Evaluación Apoyo Social de

Procidano y Heller

Apoyo Social Familiar

Preguntas	Si	No	No Se
1. Mi familia me da el apoyo moral que necesito	Si	No	No Se
2. Mi familia me da buenos consejos	Si	No	No Se
3. La mayoría de las personas tienen relaciones familiares más cercanas que yo	Si	No	No Se
4. Cuando le confío algo a algún miembro de mi familia me da la impresión que se siente incomodo	Si	No	No Se
5. A mi familia le gusta oír mi opinión	Si	No	No Se
6. Varios miembros de mi familia comparten muchos de mis intereses	Si	No	No Se
7. Ciertos miembros de mi familia se acercan a mi cuando tienen problemas o necesitan consejos	Si	No	No Se
8. Confío en mi familia	Si	No	No Se
9. Existe un familiar a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste, sin sentirme incomodo por ello	Si	No	No Se
10. Mi familia y yo tenemos una relación abierta: nos contamos las cosas abiertamente	Si	No	No Se
11. Mi familia es susceptible a mis necesidades personales	Si	No	No Se
12. Los miembros de mi familia recurren a mi para apoyo emocional	Si	No	No Se
13. Los miembros de mi familia me ayudan a resolver mis problemas	Si	No	No Se
14. Tengo una relación íntima con muchos de mis familiares	Si	No	No Se
15. Mis familiares piensan que les doy buenos consejos	Si	No	No Se
16. Confiarles las cosas a mis familiares me hace sentir incomoda	Si	No	No Se
17. Mis familiares buscan mi compañía	Si	No	No Se
18. Considero que mi familia piensa que soy buena para ayudarlos a resolver sus problemas	Si	No	No Se
19. No tengo una relación íntima con algún miembro de mi familia como la que tienen otras personas con sus familiares	Si	No	No Se
20. Me gustaría que mi familia fuese de otra manera	Si	No	No Se

Apoyo Social Amistades

Preguntas	Si	No	No Se
1. Mis amigos me dan el apoyo moral que necesito	Si	No	No Se
2. La mayoría de las personas se sienten mas cercanas a sus amigo(a)s que yo	Si	No	No Se
3. A mis amigo(a)s les gusta oír lo que pienso	Si	No	No Se
4. Cierta(a)s amigo(a)s se me acercan cuando tienen problemas o cuando necesitan consejos	Si	No	No Se
5. Necesito a mis amigo(a)s como apoyo emocional	Si	No	No Se
6. Si me diera cuenta que uno o mas de mis amigo(a)s esta enojado conmigo, no le contaría a nadie	Si	No	No Se
7. Me siento marginada en mi grupo de amigos	Si	No	No Se
8. Tengo un amigo(a) a quien puedo recurrir cuando me siento mal o triste sin sentirme incomoda después de eso	Si	No	No Se
9. Con mis amigo(a)s existe una relación muy abierta	Si	No	No Se
10. Mis amigas son sensibles a mis necesidades personales	Si	No	No Se
11. Mis amigas recurren a mi por apoyo emocional	Si	No	No Se
12. Mis amigas me ayudan a resolver mis problemas	Si	No	No Se
13. Tengo una relación íntima con muchas de mis amigas	Si	No	No Se
14. Mis amigas encuentran que les doy buenas ideas de como hacer las cosas	Si	No	No Se
15. Confiarle cosas a mis amigos me hace sentir incómoda	Si	No	No Se
16. Mis amigas buscan mi compañía	Si	No	No Se
17. Considero que mis amigas piensan que soy buena para ayudarlos a resolver sus problemas	Si	No	No Se
18. No tengo una relación amistosa con mis amigas que sea tan íntima como la de otras personas	Si	No	No Se
19. Hace poco que un buen amigo me dio una buena idea de como hacer algo en específico	Si	No	No Se
20. Me gustaría que mis amigas (as) fueran de otra manera	Si	No	No Se

|

ANEXO 4:

Instrumento de Evaluación Hamilton

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeramente retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

2

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

|

ANEXO 5:

Instrumento de

Evaluación APGAR

FAMILIAR DE SMILKEIN

TEST DE APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN.

EVALUACIÓN

CRITERIO DE UBICACIÓN	CASI NUNCA 0	A VECES 1	CASI SIEMPRE 2
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando usted tiene un problema?			
b) ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
c) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
d) ¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?			
e) ¿Siente que su familia lo quiere?			

1. A. F. ALTO	07 - 10
2. A. F. MEDIANO	04 - 06
3. A. F. BAJO	00 - 03

Puntaje:

ANEXO 6:

Instrumento de

Evaluación FACES III

Elija una de las cinco alternativas de acuerdo a cómo usted cree poder describir mejor a su familia.

1.- Casi nunca

2.- De vez en cuando

3.- Algunas veces

4.- Frecuentemente

5.- Siempre

Preguntas	1	2	3	4	5
1. Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros	1	2	3	4	5
2. En la solución de problemas se consideran las sugerencias de los otros	1	2	3	4	5
3. Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene	1	2	3	4	5
4. Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina	1	2	3	4	5
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia	1	2	3	4	5
6. Diferentes miembros de la familia actúan en ella como líderes	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que de personas externas a la familia	1	2	3	4	5
8. Nuestra familia cambia la forma de realizar sus quehaceres	1	2	3	4	5
9. A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos	1	2	3	4	5
10. Padres(s) e hijo(s) discuten juntos los castigos	1	2	3	4	5
11. Los hijos toman las decisiones en la familia	1	2	3	4	5
12. Los hijos toman las decisiones en la familia	1	2	3	4	5
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes	1	2	3	4	5
14. Las reglas cambian en nuestra familia	1	2	3	4	5
15. Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia	1	2	3	4	5
16. Nosotros nos turnamos las responsabilidades de la casa	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultan entre sí las decisiones	1	2	3	4	5
18. Es difícil identificar quién es (o son) líder(es) en nuestra familia	1	2	3	4	5
19. La única familiar es muy importante	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir quien se encarga de cuáles labores del hogar	1	2	3	4	5

Elija una de las cinco alternativas de acuerdo a cómo usted le gustaría que fuese su familia.

1.- Casi nunca

2.- De vez en cuando

3.- Algunas veces

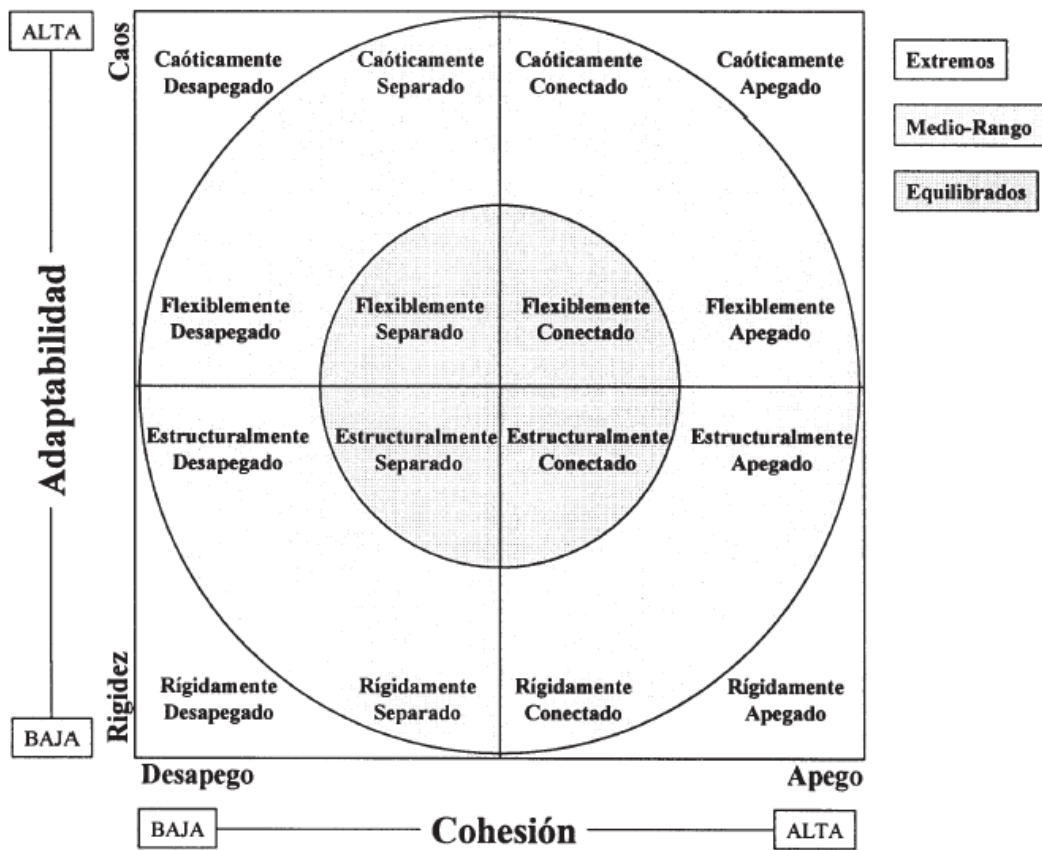
4.- Frecuentemente

5.- Siempre

Preguntas	1	2	3	4	5
21. Los miembros de la familia se pedirían ayuda unos a otros	1	2	3	4	5
22. En la solución de problemas se seguirían las sugerencias de los otros	1	2	3	4	5
23. Nosotros aprobaríamos los amigos que cada uno tuviera	1	2	3	4	5
24. Los hijos expresarían su opinión acerca de su disciplina	1	2	3	4	5
25. Nos gustaría hacer cosas sólo con nuestra familia	1	2	3	4	5
26. Diferentes miembros de la familia actuarían en ella como líderes	1	2	3	4	5
27. Los miembros de la familia se sentirían más cerca entre sí que de personas externas a la familia	1	2	3	4	5
28. En nuestra familia haríamos cambios en la forma de ejecutar los quehaceres	1	2	3	4	5
29. A los miembros de la familia les gustaría pasar su tiempo libre juntos	1	2	3	4	5
30. Padres(s) e hijo(s) discutirían juntos los castigos	1	2	3	4	5
31. Los miembros de la familia se sentirían más cerca unos de otros	1	2	3	4	5
32. Los hijos tomarían las decisiones en la familia	1	2	3	4	5
33. Cuando compartiéramos actividades, todos estaríamos presentes	1	2	3	4	5
34. Las reglas cambiarían en nuestra familia	1	2	3	4	5
35. Se nos ocurrirían mas fácilmente cosas que pudiéramos hacer en familia	1	2	3	4	5
36. Nos turnaríamos las responsabilidades de la casa	1	2	3	4	5
37. Los miembros de la familia se consultarían entre sí sus decisiones	1	2	3	4	5
38. Sabríamos quién o quienes serían líderes en nuestra familia	1	2	3	4	5
39. La unión familiar sería muy importante	1	2	3	4	5
40. Podríamos decir quien se encarga de cuáles labores del hogar	1	2	3	4	5

		COHESIÓN			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceda</i>	<i>Balanceda</i>	Rango medio
	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

	TODOS LOS ESTADIOS (ADULTOS) M=		ESTADIOS 4 Y 5 (FLIAS CON ADOLESCENTES) M=		ESTADIO 1 (PAREJAS JOVENES) M=	
	MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS
COHESIÓN	39,8	5,4	37,1	6,1	41,1	4,7
ADAPTABILIDAD	24,1	4,7	24,3	4,8	26,1	4,2
	RANGO	%	RANGO	%	RANGO	%
COHESIÓN						
DESLIGADA	10-34	16,3	10-31	18,6	10-36	14,9
SEPARADA	35-40	33,8	32-37	30,3	37-42	37,2
CONECTADA	41-45	36,1	38-43	36,4	43-46	34,9
AMALGAMADA	46-50	13,6	44-50	14,7	47-50	13
ADAPTABILIDAD						
RIGIDA	10-19	16,3	10-19	15,9	10-21	13,2
ESTRUCTURADA	20-24	38,3	20-24	37,3	22-26	38,8
FLEXIBLE	25-28	29,4	25-29	32,9	27-30	32
CAOTICA	29-50	16	30-50	13,9	31-50	16



ANEXO 7:

Referencias de

Investigaciones Nacionales

como Internacionales

TITULO	AUTORES	EDITORIAL - AÑO
“Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria”	Laura Marcela Forero Ariza Mónica Cristina Avendaño Durán Zuly Janeth Duarte Cubillos Adalberto Campo-Ar	Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXV / No. 1 / 2006
“Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familia” Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología	Por Paula Quirós Bustamante Profesor guía Sandra Titelman	UNIVERSIDAD DE CHILE Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Psicología. 2006.
“Familias y Terapia Familiar”	Minuchin S.	Barcelona, Editorial Crónica, 1977.
“Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la “entrevista estructural”	Carmen Peñalva	Dirección de Educación Especial. Secretaría de Educación Pública. Puebla, México. Primera versión: 19 de noviembre de 1999. Segunda versión: 15 de diciembre de 2000. Aceptado: 18 de enero de 2001. Salud Mental, Vol. 24, No. 2, abril 2001
“Características individuales y de la estructura familiar de un grupo de adolescentes abusadores de alcohol y/o marihuana” Individual and family structure characteristics of a group of adolescents abusers of alcohol and/or cannabis	Reginald Rees, Alejandra Valenzuela	Revista chilena de neuro-psiquiatría ISSN 0717-9227 <i>versión on-line</i> Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.41 n.3 Santiago jul. 2003
“Rol de género y funcionamiento familiar”	Patricia Herrera Santi	Rev. Cubana Med. Gen Integr. 2000;16(6):568-73

<p>“Apoyo Social y Funcionamiento Familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis”.</p>	<p>Lic. Aymara Reyes Saborit</p>	<p>Trabajo para optar por el título de Master en Psicología de la Salud. Ciudad Habana, 12 de Noviembre del 2003</p>
<p>“La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución”</p>	<p>Luis Botella y Anna Vilaregut</p>	<p>Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna Universitat Ramon Llull www.infoley.blogspot.com</p>
<p>“Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena”</p>	<p>Beatriz Zegers, M. Elena Larraín, Aquilino Polaino-Lorente, Alejandro Trapp, Isabel Diez</p>	<p>Revista chilena de neuro-psiquiatría ISSN 0717-9227 <i>versión on-line</i> Rev. chil. Neuro-psiquiatr. v.41 n.1 Santiago ene. 2003</p>

ANEXO 8:

**Tabulación de Test por
Puntaje y Resultados**

TABLA DE RESULTADOS HAMILTON 0 MESES	
RANGO PUNTAJE	NOMBRE RESULTADO
0-7	Sin Depresión
08-12	Depresión menor
13-17	Menos que Depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que Depresión mayor

TABLA DE RESULTADOS HAMILTON 6 MESES	
RANGO PUNTAJE	NOMBRE RESULTADO
0-7	SIN DEPRESION
08-12	DEPRESION MENOR
13-17	MENOS QUE DEPRESION MAYOR
18-29	DEPRESION MAYOR
30-52	MAS QUE DEPRESION MAYOR
Sin datos	ABANDONA

TABLA DE RESULTADOS APGAR	
RANGO PUNTAJE	NOMBRE RESULTADO
0-3	DISFUNCION GRAVE
04-06	DISFUNCION LEVE
07-10	NORMOFUNCIONALES

TABLA DE RESULTADOS - APOYO AMISTADES	
RANGO	NOMBRE RESULTADO
0-12	BAJO
13-20	ALTO

TABLA DE RESULTADOS – APÓYO FAMILIAR	
RANGO	NOMBRE USADO
0-13	BAJO
14-20	ALTO

|

ANEXO 9:

Tablas de Frecuencia de Test aplicados

TEST 1. HAMILTON 0 MESES

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEPRESION MAYOR	21	48.8	48.8
	DEPRESION MENOR	2	4.7	53.5
	MAS QUE DEPRESION MAYOR	17	39.5	93.0
	MENOS QUE DEPRESION MAYOR	3	7.0	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 1.DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE HAMILYON 0 MES**TEST 2. HAMILTON 6 MESES**

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ABANDONA	16	37.2	37.2
	DEPRESION MAYOR	1	2.3	39.5
	DEPRESION MENOR	5	11.6	51.2
	MENOS QUE DEPRESION MAYOR	1	2.3	53.5
	SIN DEPRESION	20	46.5	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 2.DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE HAMILYON 6 MES**TEST 3. APGAR FAMILIAR**

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DISFUNCION GRAVE	14	32.6	32.6
	DISFUNCION LEVE	20	46.5	79.1
	NORMOFUNCIONALES	9	20.9	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 3.DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE APGAR FAMILIAR

TEST 4. ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER APOYO AMISTADES

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ALTO	8	18.6	18.6
	BAJO	35	81.4	100.0
	Total	43	100.0	

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE APOYO DE AMISTADES PERCIBIDO
(ESCALA DE PROCIDANO, APOYO AMISTADES)**

TEST 5. APOYO FAMILIAR

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ALTO	7	16.3	16.3
	BAJO	36	83.7	100.0
	Total	43	100.0	

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO
(ESCALA DE PROCIDANO, APOYO AMISTADES)**

TEST FACES III. DIMENSION ADAPTABILIDAD

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CAOTICA	5	11.6	11.6
	ESTRUCTURADA	8	18.6	30.2
	FLEXIBLE	6	14.0	44.2
	RIGIDA	24	55.8	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE ADAPTABILIDAD DEL FACES III

TEST FACES III. DIMENSION COHESION

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CONECTADA	3	7.0	7.0
	DESLIGADA	35	81.4	88.4
	ENMARAÑADA	1	2.3	90.7
	SEPARADA	4	9.3	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE COHESIÓN DEL FACES III

ANEXO 10:

**Análisis Estadístico de
Test aplicados usando
prueba T de Student**

APLICACION DE TEST

Para este estudio se aplicó los siguientes Test, los cuales se detallaran a continuación en forma individual.

TEST 1. HAMILTON 0 MESES

Aplicado el Test de Hamilton al ingreso al programa de Depresión AUGE, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 4:

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DEPRESION MAYOR	21	48.8	48.8
	DEPRESION MENOR	2	4.7	53.5
	MAS QUE DEPRESION MAYOR	17	39.5	93.0
	MENOS QUE DEPRESION MAYOR	3	7.0	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 4. HAMILTON_0M

Estadísticos

PUNTAJE 0M

N	Válidos
	Perdidos
Media	
Error típ. de la media	
Mediana	
Moda	
Desv. típ.	
Varianza	
Rango	
Mínimo	
Máximo	
Suma	

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

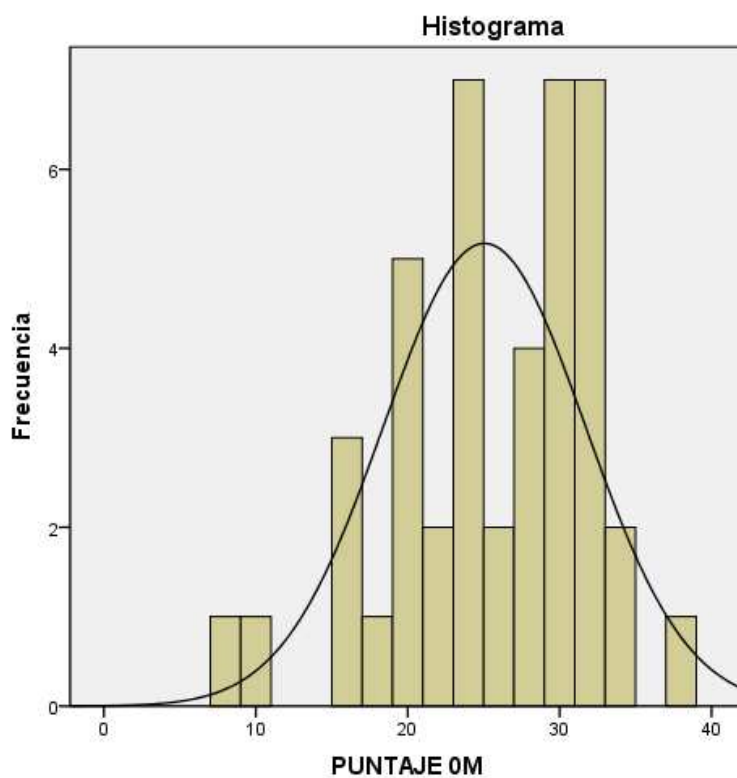


Grafico N° 4: Frecuencias por Valores de los puntajes por sintomatología depresiva en Escala de Hamilton al inicio del tratamiento.

TEST 2. HAMILTON 6 MESES

Aplicado el Test de Hamilton al sexto mes de tratamiento, tiempo de evolución fijado en el estudio, de las mujeres tratadas por el programa de Depresión AUGÉ, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 5:

HAMILTON_6M				
		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ABANDONA	16	37.2	37.2
	DEPRESION MAYOR	1	2.3	39.5
	DEPRESION MENOR	5	11.6	51.2
	MENOS QUE DEPRESION MAYOR	1	2.3	53.5
	SIN DEPRESION	20	46.5	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 5. HAMILTON_6M

Estadísticos		
PUNTAJE HAMILTON 6M		
N	Válidos	27
	Perdidos	0
Media		4.15
Mediana		1.00
Moda		0
Desv. típ.		6.005
Varianza		36.054
Mínimo		0
Máximo		24

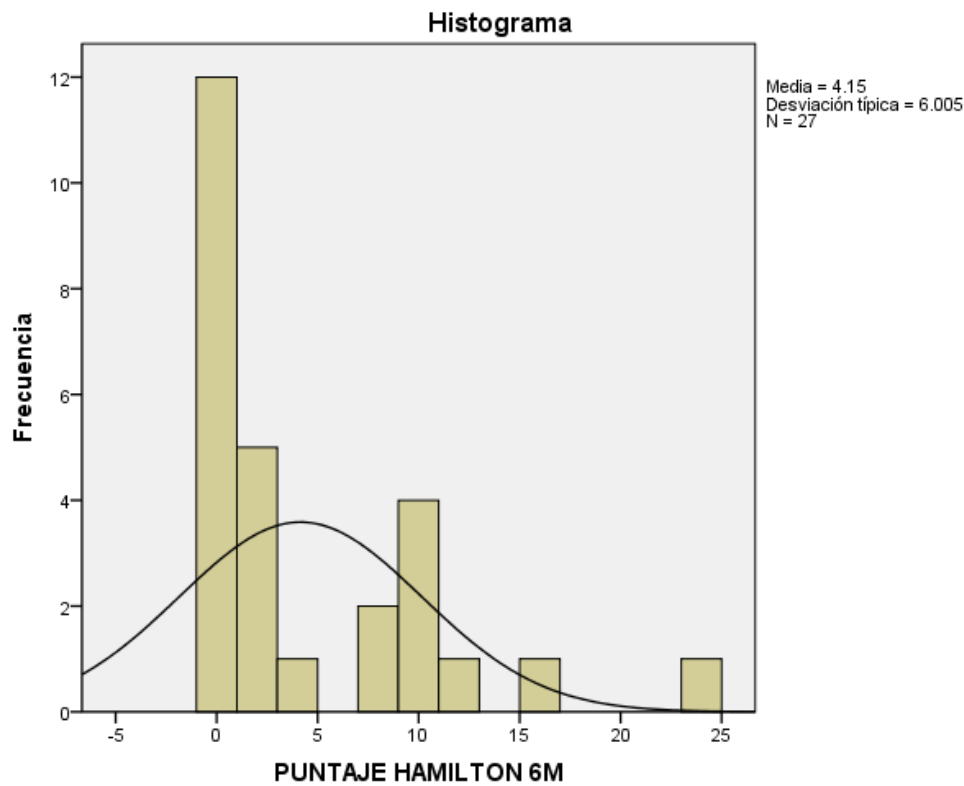


Grafico N° 5: Frecuencias por Valores de los puntajes por sintomatología depresiva e Escala de Hamilton al sexto mes de tratamiento.

PRUEBA T PARA MUESTRAS RELACIONADAS DE HAMILTON 0 Y 6 MESES

Estadísticos de muestras relacionadas					
		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	PUNTAJE 0M	25.22	27	6.635	1.277
	PUNTAJE 6M	4.15	27	6.005	1.156

TABLA 5.1. Estadísticos de muestras relacionales de Test de Hamilton 0 y 6 meses.

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	PUNTAJE 0M y PUNTAJE 6M	27	-.240	.227

TABLA 5.2. Correlaciones de muestras relacionadas de Test de Hamilton 0 y 6 meses.

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	PUNTAJE 0M - PUNTAJE 6M	21.074	9.961	1.917	17.134	25.015	10.993	26	.000

TABLA 5.3. Prueba T de muestras relacionadas de Test de Hamilton 0 y 6 meses.

TEST 3. APGAR FAMILIAR

Aplicado el Test APGAR al inicio del tratamiento, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 6:

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DISFUNCION GRAVE	14	32.6	32.6
	DISFUNCION LEVE	20	46.5	79.1
	NORMOFUNCIONALES	9	20.9	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 6. Tipología según APGAR Familiar muestra total

Estadísticos

PUNTAJE APGAR

N	Válidos
	Perdidos
Media	
Error típ. de la media	
Mediana	
Moda	
Desv. típ.	
Varianza	
Rango	
Mínimo	
Máximo	
Suma	

a. Existen varias modas. Se mostrará menor de los valores.

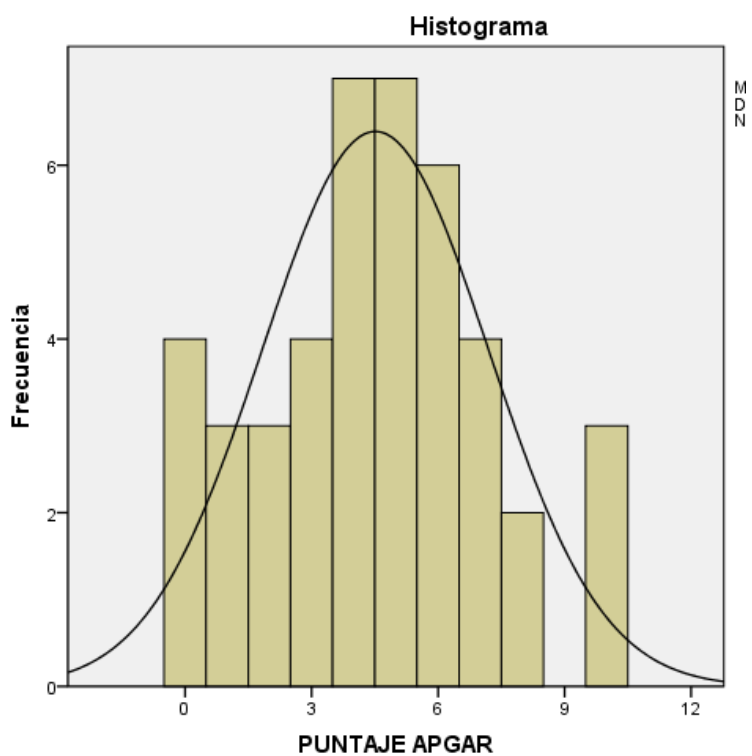


Grafico N° 6: Frecuencias por Valores de los puntajes de APGAR FAMILIAR

PRUEBA T PARA MUESTRA DE TEST APGAR

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE APGAR	43	4.51	2.685	.409

TABLA 6. Estadísticos de una muestra de Test de Apgar.

Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 4.51					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
PUNTAJE APGAR	.004	42	.997	.002	-.82	.83

TABLA 6.1. Estadísticos de una muestra de Test de Apgar.

TEST 4. ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER APOYO AMISTADES

Aplicado el Test Apoyo de Amistades al inicio del tratamiento, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 7:

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ALTO	8	18.6	18.6
BAJO	35	81.4	100.0
Total	43	100.0	

TABLA 7.DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE APOYO DE AMISTADES PERCIBIDO
(ESCALA DE PROCIDANO, APOYO AMISTADES)

Estadísticos	
PUNTAJE APOYO AMISTADES	
N	Válidos
	Perdidos
Media	
Error típ. de la media	
Mediana	
Moda	
Desv. típ.	
Varianza	
Rango	
Mínimo	
Máximo	
Suma	

a. Existen varias modas. Se mostrar menor de los valores.

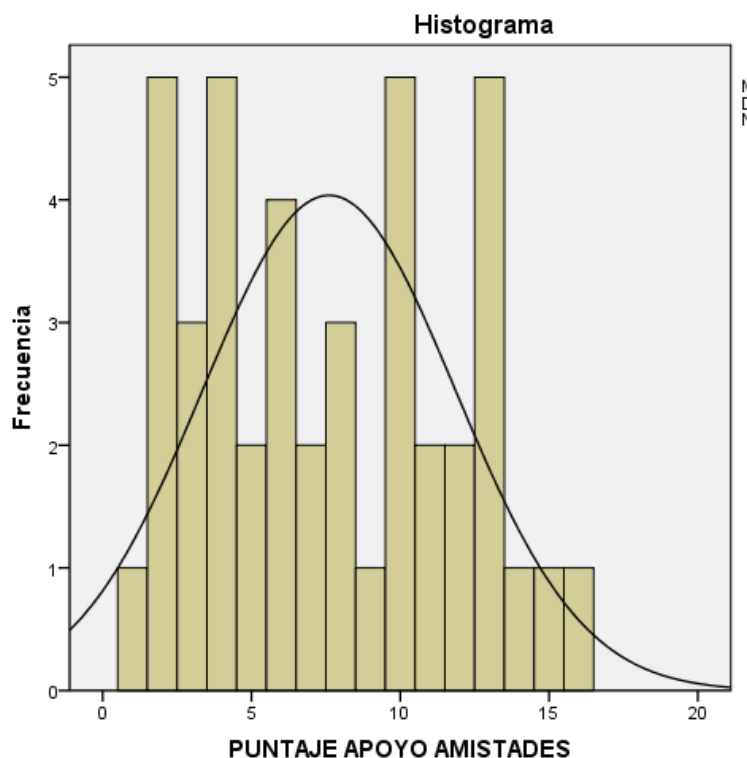


Grafico N° 7, HISTOGRAMA DE PUNTAJES DE APOYO DE AMISTADES PERCIBIDO (ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER).

PRUEBA T PARA MUESTRA DE TEST APOYO AMISTADES

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE APOYO AMISTADES	43	7.60	4.249	.648

TABLA 7.1. Estadísticos de una muestra de Test de Apoyo de Amistades.

Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 7.6					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
PUNTAJE APOYO AMISTADES	.007	42	.994	.005	-1.30	1.31

TABLA 7.2. Estadísticos de una muestra de Test de Apoyo de Amistades.

TEST 5. APOYO FAMILIAR

Aplicado el Test Apoyo Familiar al inicio del tratamiento, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 8:

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ALTO	7	16.3	16.3
	BAJO	36	83.7	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO
(ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER)

Estadísticos		
PUNTAJE APOYO FAMILIAR		
N	Válidos	43
	Perdidos	
Media		8.7
Mediana		9.0
Moda		11
Desv. típ.		3.91
Varianza		15.3
Mínimo		1
Máximo		17

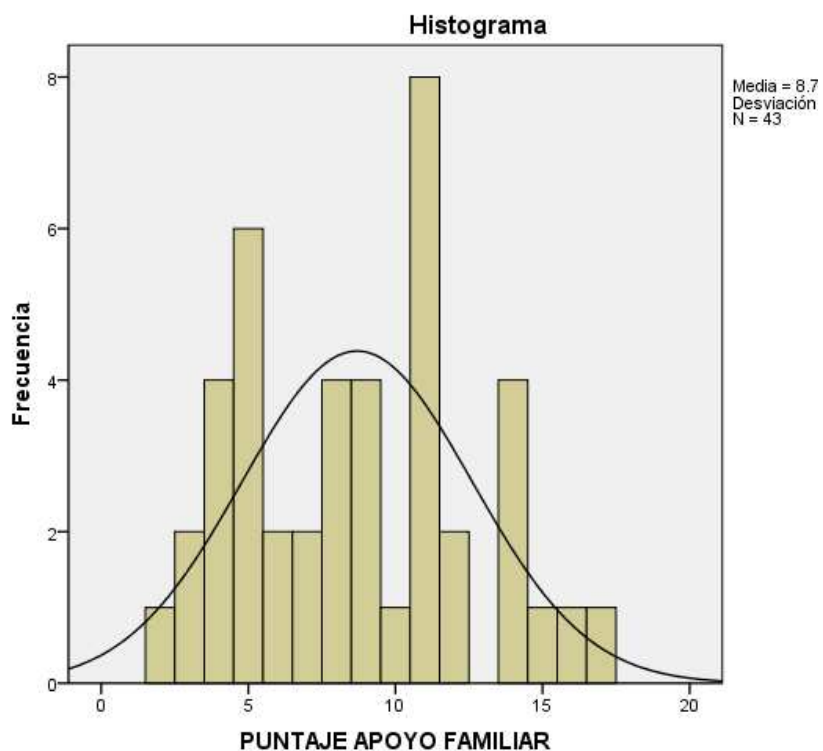


Grafico N° 8: HISTOGRAMA DE APOYO FAMILIAR PERCIBIDO (ESCALA DE PROCIDANO Y HELLER).

PRUEBA T PARA MUESTRA DE TEST APOYO FAMILIAR

Estadísticos para una muestra				
	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE APOYO FAMILIAR	43	8.70	3.913	.597

TABLA 8.1. Estadísticos de una muestra de Test de Apoyo Familiar.

Prueba para una muestra							
	Valor de prueba = 8.7						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
					Inferior	Superior	
PUNTAJE APOYO FAMILIAR	- .004	42	.997	-.002	-1.21	1.20	

TABLA 8.2. Estadísticos de una muestra de Test de Apoyo Familiar.

TEST FACES III. DIMENSION ADAPTABILIDAD

Aplicado el FACES III al inicio del tratamiento, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 9:

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CAOTICA	5	11.6	11.6
	ESTRUCTURADA	8	18.6	30.2
	FLEXIBLE	6	14.0	44.2
	RIGIDA	24	55.8	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN CATEGORÍAS DE ADAPTABILIDAD DEL FACES III

Estadísticos

PUNTAJE F3 ADAPTABILIDAD

N	Válidos
	Perdidos
Media	
Error típ. de la media	
Mediana	
Moda	
Desv. típ.	
Varianza	
Rango	
Mínimo	
Máximo	
Suma	

a. Existen varias modas. Se muestra menor de los valores.

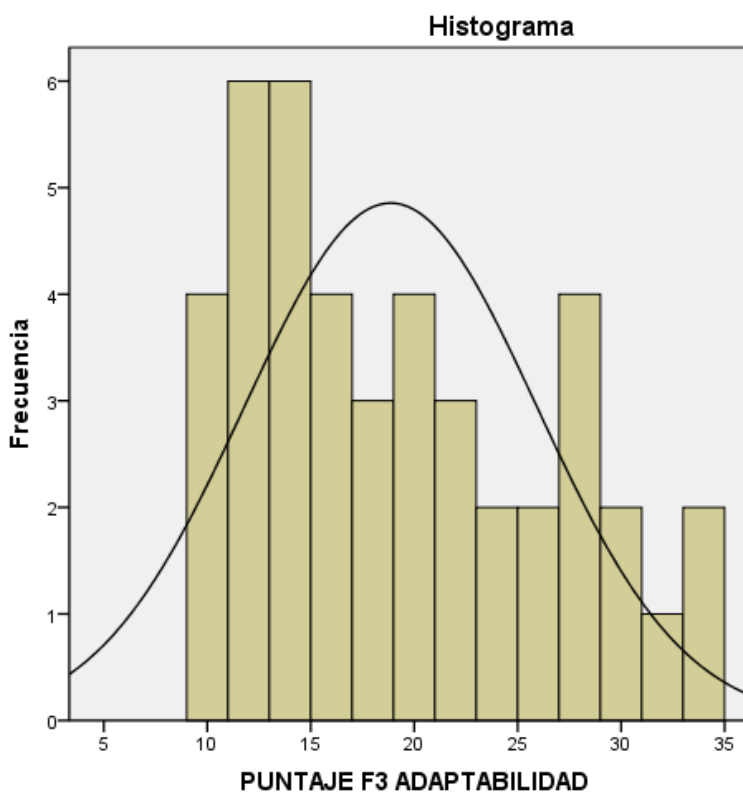


Grafico N° 9: Histograma Adaptabilidad del FACES III.

PRUEBA T PARA MUESTRA DE TEST ADAPTABILIDAD FACES III

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE F3 ADAPTABILIDAD	43	18.86	7.066	1.078

TABLA 9.1. Estadísticos de una muestra de Test Faces III Dimensión Adaptabilidad.

Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 18.86					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
PUNTAJE F3 ADAPTABILIDAD	.000	42	1.000	.000	-2.17	2.18

TABLA 9.2. Estadísticos de una muestra de Test Faces III Dimensión Adaptabilidad.

TEST FACES III. DIMENSION COHESION

Aplicado el FACES III al inicio del tratamiento, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 10:

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CONECTADA	3	7.0	7.0
	DESLIGADA	35	81.4	88.4
	ENMARAÑADA	1	2.3	90.7
	SEPARADA	4	9.3	100.0
	Total	43	100.0	

TABLA 10. Distribución de la muestra en categorías de COHESIÓN del FACES III

Estadísticos		
PUNTAJE F3 COHESION		
N	Válidos	43
	Perdidos	0
Media		27.47
Error típ. de la media		1.280
Mediana		26.00
Moda		22 ^a
Desv. típ.		8.393
Varianza		70.445
Rango		35
Mínimo		12
Máximo		47
Suma		1181

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

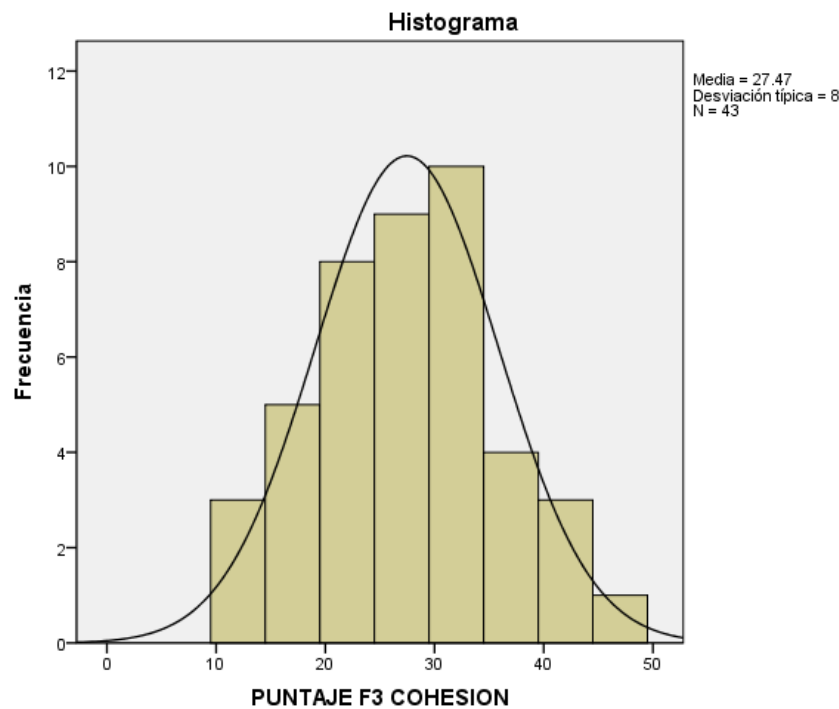


Grafico N° 10: Histograma de Cohesión del FACES III

PRUEBA T PARA MUESTRA DE TEST COHESION FACES III

Estadísticos para una muestra

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
PUNTAJE F3 COHESION	43	27.47	8.393	1.280

TABLA 10.1. Estadísticos de una muestra de Test Faces III Dimensión Cohesión.

Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 27.47					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
PUNTAJE F3 COHESION	-2.004	42	.997	-.005	-2.59	2.58

TABLA 10.2. Estadísticos de una muestra de Test Faces III Dimensión Cohesión.

TEST FACES III. DIMENSION CLASIFICACION FAMILIA

Aplicado el FACES III al inicio del tratamiento, estableciendo como se ven las familias actualmente, los resultados tabulados se indican a continuación en la tabla 11:

	DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	AGLUTINADA
CAOTICA	CAOTICAMENTE DESAPEGADO 4	CAOTICAMENTE SEPARADO 0	CAOTICAMENTE CONECTADO 1	CAOTICAMENTE APEGADO 0
FLEXIBLE	FLEXIBLEMENTE DESAPEGADO 4	FLEXIBLEMENTE SEPARADO 1	FLEXIBLEMENTE CONECTADO 1	FLEXIBLEMENTE APEGADO 0
ESTRUCTURADA	ESTRUCTURAL MENTE DESAPEGADO 3	ESTRUCTURAL MENTE SEPARADO 3	ESTRUCTURAL MENTE CONECTADO 1	ESTRUCTURAL MENTE APEGADO 1
RIGIDO	RIGIDAMENTE DESAPEGADO 24	RIGIDAMENTE SEPARADO 0	RIGIDAMENTE CONECTADO 0	RIGIDAMENTE APEGADO 0

GRÁFICO 11. DIMENSIÓN CLASIFICACIÓN DE FAMILIA

ANEXO 11:

Propuesta de Protocolo

Manejo Paciente con

Depresión y riesgo suicida



REPUBLICA DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 SERVICIO DE SALUD MAULE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICO



PROTOCOLO MANEJO DE PACIENTE CON RIESGO SUICIDA

Número de edición : Primera

Fecha creación manual: Jul 2012

<p>Elaborado por CP Psiquiatría y Salud Mental</p> <p>Dr. Jorge Calvo Consiglieri As. Carolina Núñez Rojas</p>	<p>Revisado por: Unidad de Calidad y Seguridad de Paciente</p> <p>Dr. Pedro Pavez Basualto EU Cecilia Muñoz Mayorga</p>	<p>Aprobado por: Director Hospital San Juan de Dios Curicó</p> <p>Dr. Luis Apará Manzur</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INDICE

1.-Introducción -----	3
2.- Objetivo -----	4
3.- Alcance -----	4
4.- Responsables de la ejecución y supervisión-----	5
5.- Documentación de Referencia -----	5
6.-Desarrollo -----	5
7.- Actividades de Procedimiento de Urgencia -----	8
8.-Referencia a Especialista -----	9
9.- Flujograma-----	10
10.- Referencias Bibliográficas -----	11
Anexo I Escala SAD PERSONS -----	12
Anexo II Pauta para Hospitalización Domiciliaria-----	13

1.-Introducción

La cantidad de suicidios cometidos en todo el mundo en los últimos 50 años se ha incrementado en un 60%, según cifras entregadas por la OMS, el suicidio es una de las cinco primeras causas de mortalidad en los jóvenes entre 15 y 19 años. En Chile, la tasa de mortalidad por lesiones auto infringidas en población general, subió de 9,6 por 100.000 el año 2000 a 10,3 por 100.000 el año 2005.

En el Maule en los últimos 10 años se han producido en promedio 99 suicidios por años, variando el número de estos de modo considerable de año a año y de comuna en comuna. Por otra parte las tasas de los varones superan de modo amplio a las de las mujeres, diferencia que tiende a mantener el problema en el decenio 1995-2005.

Las comunas con mayor tasa de mortalidad en la región son las comunas de Hualañe y Pelluhue. Especialmente preocupante es la situación de las Provincias de Curicó y Cauquenes, las cuales concentran el mayor número de comunas que superan la tasa regional de Mortalidad Juvenil. (Servicio Médico Legal 2007-2008, región del Maule).

El contacto de los prestadores de salud con paciente con ideación y conductas suicidas puede darse en cualquier punto de la red siendo las más habituales las consultas de morbilidad y en el servicio de urgencia. Hasta un 45% de quienes completan suicidio han tenido contacto en el mes previo con algún profesional sanitario y un 77 % en el año previo a éste.

En relación a la actitud del personal de salud frente al tema se sabe que suele ser evitativa y con frecuencia se omite de la evaluación clínica cuando existen factores de riesgo que indiquen la necesidad de explorarla.

Los factores de riesgo más importantes basados en evidencia para el suicidio son:

- Vulnerabilidades genéticas: antecedentes familiares de conducta suicida, polimorfismos en el transportador de serotonina y en catecol-O metil transferasa.
- Alteraciones endocrinas principalmente una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA).
- Los trastornos psiquiátricos: El 90% de los suicidas presentan un trastorno psiquiátrico al momento de Suicidarse. Los más comunes son Trastornos del Ánimo, Trastornos por el uso de sustancias, Esquizofrenia, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos de la personalidad severos y Abuso Sexual. (Dr. Alejandro Gómez 2008).
- Entre las causas psicológicas más habituales que inducen a esta situación encontramos la presencia de distorsiones cognitivas, desamparo, indefensión, aislamiento, retraimiento, soledad, exclusión o la presencia de intencionalidad manipulativa; que pueden ser agravadas por la presencia en el paciente de crisis de angustia, si no son controladas o tratadas. La depresión desempeña una función destacada en el suicidio, interviniendo aproximadamente entre el 65% y el 90% del total de Suicidios. El mayor riesgo de suicidio se presenta al inicio y término de un tratamiento.

- Factores de estrés social recientes o pasados: Por ejemplo, adversidades durante la infancia, abuso físico o sexual, desempleo, aislamiento social, graves problemas económicos.
- Suicidio en la familia o entre amigos o compañeros.
- Duelo: pérdida de pareja, fracaso escolar, pérdida de trabajo, muerte de familiar o amigo, pérdida de capacidad física por enfermedad o accidente, pérdida de estatus o imagen social).
- Acceso limitado a ayuda psicológica.
- Bajo soporte social, dificultades en la comunicación, tendencia al aislamiento, escasas relaciones interpersonales.
- Acceso a las formas de cometer suicidio.

En relación a los métodos utilizados las tasas más altas de muerte se producen por ahorcamiento en varones y mujeres; por uso de fármacos, segundo en mujeres y arma de fuego segundo en varones.

2.- Objetivos

- Detectar, registrar y monitorear a las personas que realizan intentos de suicidio.
- Establecer una valoración del tipo de riesgo de suicidio que presenta el consultante.
- Determinar el nivel de intervención y derivación del caso.

3.- Alcance

Se considera necesario que este documento sea ampliamente distribuido en todos los servicios clínicos del Hospital de Curicó, así como a los encargados de salud mental de los establecimientos de atención primaria y hospitales periféricos de la provincia, para que sea difundido en sus respectivos servicios de urgencias (SAPU, urgencia hospitales) y demás servicios clínicos.

4.- Documentación de Referencia

- Muñoz Prieto, F. A. (1999): Intervención Psicológica en el suicida extrahospitalario, *Psiquis: Revista de Psiquiatría, psicología médica y psicósomática*, ISSN 0210-8348, Vol. 20 N° 5, págs.. 43-46.
- Orientaciones Técnicas Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental. MINSAL 2009.
- Patterson, William, Dohn, Henry; Bird, Julian. y Patterson Gary (1983, Abril): Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale, *Psychosomatics*, Vol.24, N° 4.
- Reglamento 570
- Wainrib, Bárbara y Bloch, Ellin (2000): Intervención en Crisis y respuesta al trauma, teoría y práctica, Editorial Desclee, Bilbao, España.

5.- Responsables de la ejecución y supervisión

Son co-responsables de la ejecución de este protocolo todos los funcionarios que se desempeñan en los distintos servicios clínicos, siendo el médico y enfermero de turno los responsables de la toma de decisiones clínicas y administrativas que correspondan.

La supervisión y actualización del presente documento estará a cargo del Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital de Curicó, o a quienes el designe para tal cometido.

6.-Desarrollo

6.1 Definiciones

6.1.1 Conceptos Generales:

Una **crisis** se define como un "estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo" (Slaikau, 2000). También se puede entender como una "condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o totalidad" (Caplan, 1964, en Slaikau, 2000).

Desde este punto de vista, la crisis genera un desequilibrio en el sujeto, que desestabiliza su estado de funcionamiento, desorganizando y alterando las áreas fisiológica, cognitiva, emocional, conductual y relacional de este.

La conducta suicida puede en este contexto entenderse como una crisis, y por tanto, quienes trabajen en estas condiciones pueden aprovechar el momento de activación y desorganización para reorganizar psicológicamente al sujeto, ya que, si la crisis no es bien resuelta este puede quedar vulnerable reintentando la conducta, o por el contrario ser bien resuelta y disminuir el riesgo de un nuevo intento.

Según Parad y Parad (1990, en Wainrib y Bloch, 2000), la intervención en crisis podría definirse como un "proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis (y a menudo las personas claves del ambiente social) para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés".

Los objetivos principales de este periodo son: amortiguar el evento estresante mediante una primera ayuda emocional y ambiental inmediata o de emergencia; fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el periodo de afrontamiento; estabilizar, mitigar y

disminuir los signos agudos y síntomas de estrés; y recuperar nivel de funcionamiento adaptativo previo en lo posible o derivar a otro nivel de atención.

La OMS ha definido el **suicidio** como "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil".

La etiología, del latín "sui" (uno mismo) y "caedere" (matar), alude a un acto deliberado, intencional, autoinfligido, que amenaza la vida y causa la muerte.

Conducta suicida: toda conducta que resulte en un daño (o en un intento de daño) físico, autoprovocado. La conducta suicida abarca gestos suicidas, intentos suicidas y suicidios consumados. Cualquier conducta suicida debe ser considerada como de riesgo a la integridad física y emocional de la persona, y mientras no se descarte el paciente continúa con riesgo suicida.

Ideación suicida: se define cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio.

Parasuicidio: conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de terminar con su vida. Ej.: autolaceraciones (cortes superficiales en muñecas), intoxicaciones por fármacos y autoquemaduras. NOTA: considerar siempre letalidad de método empleado.

Intencionalidad: se refiere a la real intención de suicidio del paciente, ya que un intento puede no ser letal en sí mismo, pero el paciente si haber creído que iba a serlo, ya que puede desconocer el verdadero potencial destructivo de un determinado método.

Letalidad: el método usado depende de factores culturales, del género y la disponibilidad. El método empleado habla por sí mismo de la severidad del intento. La planificación y la letalidad son comúnmente usados para determinar la seriedad de un intento suicidio.

El suicidio consumado, entendido como el término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida.

Evaluación del riesgo psiquiátrico del intento:

Intencionalidad: es un factor complejo de estimar de manera certera pues exige indagar en evidencias explícitas (ej: nota suicida) como no explícitas (ej paciente atropellado que se encontraba con tratamiento psiquiátrico y se arroja intencionalmente a un vehículo), esta debe evaluarse de manera regular mientras el paciente se encuentre en los servicios clínicos.

Letalidad: está definida por la probabilidad de que el método genere efectivamente la

muerte, en ese sentido si bien hay métodos de conocida alta letalidad (armas de fuego, ahorcamiento, envenenamiento) también de debe hacer una estimación de la "letalidad esperada", eso quiere decir que cual era la estimación de la persona respecto a la probabilidad de morir al momento de realizar la conducta suicida (ej: paciente ingiere 20 comprimidos de paracetamol con bajas expectativas de letalidad y de manera impulsiva, sin embargo desarrolla una hepatitis fulminante y fallece)

Nivel de arrepentimiento respecto a acto suicida: es un elemento de juicio al momento de evaluar, su utilidad por si solo es pobre.

Ideación suicida actual: es importante evaluar el nivel de ideación suicida regularmente luego del intento.

Impulsividad: altos niveles de impulsividad se relacionan a un mayor riesgo de conductas autolesivas.

El riesgo de suicidio incluye tanto la ideación suicida como la conducta suicida y se clasifica en:

Leve: sólo ganas de morir.

Moderado: ganas de morir con esbozo de planificación.

Grave: decisión de morir, con planificación exhaustiva para su concreción, con método, es decir, cuando existe:

- a. Presencia de método de elevada letalidad (intento de ahorcamiento, uso de arma de fuego, gas o venenos, salto desde altura).
- b. Alta intención suicida (premeditación, búsqueda de aislamiento o soledad, búsqueda de la muerte, ocultamiento o negación del intento).
- c. En la adolescencia adquiere especial gravedad cuando ingieren alguna droga con el objeto de alcanzar su objetivo o está asociado a un importante componente de impulsividad.

Consideraciones para el personal de salud en un primer acercamiento:

- 1.- Cualquier amenaza de suicidio debe ser evaluada como realizable en principio, ya que incluso algunas de las que se realizan con fines manipulativos, tienen un riesgo latente.
- 2.- La condición de riesgo suicida siempre es dinámica, variable en el tiempo, condicionada por factores del sujeto, el ambiente y la interacción con otros. Por ello es necesaria su evaluación periódica a la manera o forma en que se hace el control de los signos vitales del paciente.
- 3.- Se debe realizar una entrevista en un lugar en el que no haya terceras personas, especialmente familiares o amigos, (por lo menos en primera elección, ya que estas pueden ser en ocasiones agravantes de la crisis, en vez de facilitadores de la intervención) o evitando que estos estén en contacto con el paciente.
- 4.- Se debe mantener conducta empática, estable, evitando juicios (aunque sean no verbales) personales, debiendo intentar comprender la situación en la que se encuentra el paciente, y cómo ha llegado a ella, mostrando nuestra atención e interés. Esto

|

- ayudará a inferir en el paciente una sensación de seguridad y control de la situación, que facilitará la intervención.
- 5.- El acercamiento físico al paciente será en principio cauteloso y progresivo, sin tiempo predeterminado, ya que cualquier apresuramiento podría conducir a una situación imprevisible.
 - 6.- Es necesario valorar con el paciente que nivel de desarrollo y ejecución cognitiva y conductual ha planteado sobre su conducta autolítica, ya que será uno de los puntos principales de evaluación y de toma de decisiones, por parte del profesional que le atienda.
 - 7.- En nuestra evaluación tendremos que ir de preguntas más globales y comunes, a preguntas más concretas e individualizadas, lo que nos ayudará a evaluar múltiples aspectos del paciente incluido la situación psicopatológica (si la hubiera) en la que se encuentra: curso y contenido del pensamiento, orientación auto/alopsíquica, gravedad de las distorsiones cognitivas.
 - 8.- En la intervención se buscarán objetivos satisfactorios que pueda tener el paciente, tanto inmediatos como a largo plazo, ya que la búsqueda de metas o comentarios optimistas per se no resolverán la situación, sino que en ocasiones pueden dificultar la intervención.
 - 9.- Si la situación crítica se presentara desbordable, y el manejo descrito fuera inaplicable o existiera un cuadro violento incontrolable en el paciente, será necesario la contención física del mismo.

7.- ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO DE URGENCIA

1. Todos los pacientes que ingresen al Servicio de Urgencia como producto de una Conducta suicida serán evaluados por el médico de turno en su estado médico y psiquiátrico general, incluyendo la evaluación de riesgo suicida inmediato. La evaluación deberá realizarse con el paciente vigilado por el personal de enfermería, ya que es posible que el riesgo de suicidio aun permanezca.
2. El médico de turno realizará la intervención médica o quirúrgica que el paciente requiera e informará a la familia acerca del estado del paciente.
3. Todo el personal de turno, incluyendo personal médico, de enfermería y de seguridad deberá ser informado del riesgo.
4. El médico de turno del Servicio de Urgencia decidirá el ingreso del y/o derivación en caso de que el paciente requiera ser estabilizado médicamente o quirúrgicamente.
5. Mientras el paciente no haya ingresado a una cama de especialidad psiquiátrica debe permanecer con cuidador de 24 horas.
6. El médico de turno debe considerar las medidas médicas y de enfermería que el paciente requiera.
7. Una vez estabilizado el paciente del punto de vista médico-quirúrgico o, en caso de que no requiera estabilización médica o quirúrgica, se deberá evaluar el *riesgo suicida* utilizando la escala SAD PERSONS (anexo I) u otro instrumento estandarizado.
8. En caso de traslado de un paciente desde establecimiento periférico, éste debe ser realizado en ambulancia, acompañado por personal de Enfermería.

9. Por regla general, todos los pacientes con conducta suicida deberán ser derivados, posterior al alta, al dispositivo de Salud Mental correspondiente de la Red de Establecimientos de Atención Primaria de Salud para su evaluación y seguimiento.
10. Los familiares deberán ser informados de esta norma. En caso de que los familiares no estén de acuerdo con la medida deberán dejar registrado en la ficha clínica que el paciente quedará bajo el cuidado de un familiar responsable. El familiar debe firmar la ficha en conocimiento del riesgo en que se encuentra el paciente.

El equipo médico de unidades de emergencia deberá:

1. Estabilizar al paciente (salvar la vida).
2. Evaluar el estado psiquiátrico general:
 - Nivel de conciencia
 - Antecedentes psiquiátricos
 - Estado mental actual
 - Situación social y eventos vitales estresantes
 - Uso de alcohol y drogas
3. Evaluar el riesgo suicida inmediato:
 - Gravedad del intento (real o percibida por el paciente)
 - Estado psiquiátrico
 - Desencadenantes de la conducta suicida y posibilidad de resolución
 - Soporte social
 - Factores de riesgo epidemiológico
 - Evaluar si persiste el deseo de morir.
 - Confeccionar un plan individualizado de manejo que incluye cuidado estricto, hospitalización, solicitud de evaluación psiquiátrica, información a la familia, al paciente y al personal involucrado.

8.- REFERENCIA A ESPECIALISTA.

Médico tratante del paciente en la unidad de Emergencia de los establecimientos de la red de urgencia de Hospital San Juan de Dios, Hospitales Tipo 4, servicios de Urgencias de CESFAM, deben coordinar evaluación del paciente.

Sólo en caso de dudas respecto al riesgo suicida, o de patología mental intercurrente, el Médico tratante solicitará interconsulta a Unidad de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios Curicó, o el paciente será trasladado por SAMU a Centro de Producción de Psiquiatría y Apoyo a Procedimientos, para evaluación, comienzo de tratamiento psiquiátrico y psicosocial, según lo amerite.

En caso de Hospitalización: EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, DEBERÁ:

1. Realizar un diagnóstico psiquiátrico.
2. Evaluar el riesgo de suicidio actual y futuro.
3. Iniciar tratamiento psiquiátrico y psicológico.
4. Elaborar un plan personalizado de manejo para el paciente que incluye hospitalización en un centro especializado, derivación a un programa de tratamiento e intervención en

|

crisis.

5. Informar a la familia y al paciente de sus conclusiones y proposiciones de manejo.
6. Conocer e informar de aspectos medico legales (hospitalización forzada, responsabilidad médica).

9.- FLUJOGRAMA DE REFERENCIA CONTRAREFERENCIA



10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud, Vicuña/ Sepúlveda. 2003

Mantilla Carlos, "Atención del Paciente Suicida".

Ministerio de Salud. Norma general técnica n° 65: contención en psiquiatría. Resolución exenta n° 984 del 17.09.03.

Muñoz Prieto, F. A. (1999): Intervención Psicológica en el suicida extrahospitalario, Psiquis: Revista de Psiquiatría, psicología médica y psicosomática, ISSN 0210-8348, Vol. 20 N° 5, págs.. 43-46.

Mitchell AJ, Dennis M. "Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff". Emerg. Med. J 2006 Apr; 23 (251-5).

Mc Namee JE, Oxford DR. "Prevention of suicide" CMAJ.1990 Oct. 1; 143(7):609- 10.

Orientaciones Técnicas Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental. MINSAL 2009.

Patterson, William, Dohn, Henry; Bird, Julian. y Patterson Gary (1983, Abril): Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale, Psychosomatics, Vol.24, N° 4.

Protocolo Servicio Salud de Maule. "Protocolo de Manejo del intento suicida en el Servicio de Urgencia del Servicio de Salud de Maule", 2011.

Protocolo Institucional Servicio de Araucanía Sur. "Manejo Clínico Alto Riesgo de suicidio". 2011.

Rev. Neuropsiquiatría; 68(1/2):67-82, mar.-jun. 2005.

Salikeu, Kart (2000): Intervención en Crisis, manual para práctica e investigación, Editorial Manual Moderno, D.F., México.

Wainrib, Bárbara y Bloch, Ellin (2000): Intervención en Crisis y respuesta al trauma, teoría y práctica, Editorial Desclee, Bilbao, España.

11.- Anexos

ESCALA SAD PERSONS (anexo I)

(Patterson, W.M. et al., 1983, Abril). Evaluation of suicidal patients. Psychosomatics).

La Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio tiene que ser aplicada por un profesional de salud.

Los ítems tienen que ser cumplimentados por el profesional durante una entrevista semiestructurada.

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

	SI	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad (Age) < 20 o >45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol.		
R:Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N. No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática.		
Puntuación		

Valoración

Se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

De 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.

De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

|

*En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de ideación suicida.

Pauta para hospitalización domiciliaria paciente con riesgo suicida (anexo II)

1. El paciente debe ser supervisado las 24 horas por un adulto responsable (acompañamiento en todas sus actividades) hasta que por indicación médica se determine otra conducta.
2. Se deben eliminar del hogar todos aquellos elementos potencialmente utilizables como método suicida (escopetas, pistolas, cordeles, cuchillos, medicamentos, pesticidas y venenos).
- 3- La administración de los fármacos indicados por el médico, debe ser por parte del adulto responsable de los cuidados del paciente.
- 4- En caso de descompensación del paciente debe acudir a la brevedad a servicio de urgencia más cercano o llamar a SAMU 131.
- 5- Asistencia a la brevedad a concertar control médico y/o psicológico con asistente social del programa de salud mental, luego de evaluación de urgencia.
- 6- Seguimiento del caso.

ANEXO 12:

TARJETÓN DE SALUD

MENTAL

Tarjeta de Salud Mental

Tarjeta de Salud Mental						DIAGNOSTICO:		
						FICHA CLINICA:		
						FECHA INGRESO:		
						FECHA ALTA:		
ANTECEDENTES GENERALES						SITUACIÓN LABORAL		
NOMBRE:		EDAD:	ESCOLARIDAD:	ESTADO CIVIL:	N° HIJOS:	OCUPACIÓN ACTUAL:		
DIRECCIÓN:			COMUNA:	TELEFONO:		OCUPACIÓN PASADA:		
MOTIVO DE CONSULTA:						CAUSAL DERIVACIÓN:		
ANTECEDENTES TTOS. ANTERIORES								
TIEMPO TTO AP:		FARMACOS UTILIZADOS:		TIEMPO:	DURACIÓN:	EPISODIOS PREVIOS: SI: NO:		
CAUSA DE DESCOMPENSACIÓN:			HOSPITALIZACIONES ANTERIORES:		EVOLUCIÓN ASINTOMÁTICA: SI: NO:			
INTENTO SUICIDIO						SINTOMA RESIDUAL ACTUAL: SI: NO:		
NUMERO:	EDAD:	FECHA DEL ÚLTIMO:		MODO DEL ÚLTIMO:				
COMORBILIDAD:						CGI		
HISTORIA DE ADICCIÓN								
ALCOHOL		SI	NO	EDAD INICIO:		ANTECEDENTES FAMILIARES SI: NO: 1 2 3 4 5 6 7		
DROGAS		SI	NO	EDAD INICIO:		RED APOYO FAMILIAR SI: NO: MARSHALL		
BENZODIAZEPINAS		SI	NO	EDAD INICIO:		RED APOYO SOCIAL SI: NO: 1 2 3 4 5 6 7		
GENOGRAMA								
		VISIT DOMICILIARIA		OFICIO A TRIBUNALES		EVALUACIÓN POR EQUIPO		
		PROCED.	FECHA	Nº CAUSA	TRIBUNAL	FECHA	PROCEDIMIENTO	
							APLICACIÓN TEST TIPO DE TEST: SI: NO: FECHA:	
							OBSERVACIONES:	
ESTADO CIVIL		MOTIVO CONSULTA		COMORBILIDAD		TRIBUNALES		
1.- SOLTERA	6.-ROMERAL	1.-IDEACIÓN SUICIDA	10.-HECHO TRAMÁTICO	1.-TEPT	1.- JUZGADO FAMILIA	1.- BENZDIAZEPINAS		
2.-CASADA	7.-HUALAÑE	2.-INTENTO SUICIDA	11. EXPERIENCIA DE ABORTO	2.-TRASTONO DE PÁNICO	2.- JUZGADO DE GARANTIA	2.- TRICLICICOS		
3.-SEPARADA	8.-LICANTEN	3.-DESCONTROL DE IMPULSOS	12.-OTRO	3.-OTRO CUADRO ANSIOSO	3.- FISCALIA	3- TRANQUILIZANTES MAYORES		
4.-CONVIVIENTE	9.-VICHUQUEN	4.-SÍNTOMAS PSICÓTICOS		4.- ADICCIONES	4.- OPD	4.- ANTIDEPRESIVOS		
COMUNA		MODO DEL ÚLTIMO		VISITA DOMICILIARIA		FARMACOS UTILIZADOS		
1.-CURICO	10.- OTRO	5.-BIPOLARIDAD	1. AHORCAMIENTO	1.-DIAGNOSTICA	5.- PIB	5.- ANTIPSICÓTICOS		
2.-TEN0		6.-REFRACTARIEDAD TTO.	2.-PSICOFÁRMACO	2.-SEGUIMIENTO	6.- OTRO	6.-ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO		
3.-MOLINA		7.-DUELO	3.-TREN	3.-RESCATE	PROCEDIMIENTO		5.- APOYO SOCIAL	
4.-S. FAMILIA		8.-CONFLICTO PAREJA	4.- OTRO	4.- INFORME PERICIAL	1- LICENCIA MEDICA	7.- ANTICONSULSIVANTES		
		9.-PROBLEMAS ECONOMICOS			2- INTERVENCION TELEFONICA	8.- OTROS		
						7.- APGAR FLIAR		

|