



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN FAMILIA Y SALUD
MENTAL



*PATRONES DE INTERACCIÓN Y MODELOS DE COMUNICACIÓN QUE SE
DESARROLLAN AL INTERIOR DEL SISTEMA FAMILIAR DE ALGUNAS
PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO AFECTIVO DEPRESIVO
(Estudio de 4 casos)*

INVESTIGADORAS:

*INGRID YOHANNA MOTTA ARRIETA
CYNTHIA MARCELA CHAVARRÍA TAPIAS.*

ASESORAS:

*LUZ EDILMA AGUIRRE OSORIO
MARTHA CECILIA ARROYAVE GÓMEZ*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Se han recibido valiosos aportes desde la **medicina y la psicología**, para la comprensión y la atención de la depresión.
- Hay que tener en cuenta, que **la familia** es comúnmente, la encargada de velar por el **cuidado de sus integrantes** en caso de presentarse enfermedad (gastos económicos, apoyo afectivo, estrategias para las crisis y vulnerabilidades que se puedan presentar).
- **La depresión** al igual que otro tipo de enfermedades, no es ajena a producir **impactos** en el funcionamiento y las relaciones familiares.

- 
- Estos **impactos** dependen de las **concepciones** que la familia tenga de la enfermedad. Define la manera de **sobrellevarla y atenderla**.
 - Las familias desarrollan en su interior una serie de **vínculos y estrategias** para relacionarse. Poseen unos mecanismos para **responder** ante los cambios y **expresar** lo que sienten, piensan y esperan, reflejadas en su **comunicación**.
 - Adoptan un conjunto de **conductas** que se vuelven **habituales** ante una situación específica; esto es lo que se conoce como **patrones de interacción**. En base a estos patrones se construyen **modelos** de comunicación predominantes.
 - Es necesario un **abordaje integral**.



JUSTIFICACIÓN

Desde una perspectiva **Bio-psico-social** y espiritual, sea cual sea el tipo de **enfermedad** que pueda padecer una persona, ésta repercutirá en las demás **esferas de su vida**, y a su vez, en los **entornos donde se desenvuelve**, especialmente el **sistema familiar**.

La **familia** como área de intervención tradicional de Trabajo Social. La profesión posibilita un abordaje y comprensión desde su **condición dinámica**, donde se entretajan **redes** internas y externas, se dan procesos **relacionales y de interacción**, y hay un flujo de **información**.



Pertinencia:

- Identificar en qué manera se ven **afectadas las relaciones** al interior de la familia.
- Identificar al interior de la familia, aquellos **patrones** que surgen en el proceso comunicativo; ya que de ésta forma la familia, con ayuda del equipo interdisciplinario, podrá **actuar** sobre dichos patrones y **modificarlos** en caso de ser necesario (cuando no permiten mejorar el tratamiento y limitan el bienestar).
- Reconocer la depresión, como una enfermedad que requiere una atención especializada e integral, debido a los efectos que trae consigo a nivel personal y familiar

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los patrones de interacción y los modelos de comunicación que se desarrollan al interior del sistema familiar de las personas diagnosticadas con trastorno afectivo depresivo (TAD).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las actitudes y conductas repetitivas que se convierten en **patrones de interacción** en familias de personas diagnosticadas con trastorno afectivo depresivo.
- Describir los **modelos de comunicación** que predominan en las familias de las personas diagnosticadas con trastorno afectivo depresivo.
- Identificar los cambios que se dan en los **roles** de la persona con depresión, dentro del sistema familiar.



DISEÑO METODOLÓGICO

Para la construcción de este diseño, se retomó básicamente a la socióloga e investigadora María Eumelia Galeano, no obstante, se nutrieron sus aportes con los de otros autores, que también han profundizado en el tema de la investigación como lo son: Olga Lucía Vélez, Hugo Cerda, Miguel Martínez, Carlos Sandoval y Miquel Alsina.

MATRIZ DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN	PARADIGMA O ENFOQUE TEÓRICO DE INVESTIGACIÓN	ENFOQUE METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN		
Cualitativa	Interpretativo	-Interaccionismo Simbólico --Hermenéutica	Entrevista Cualitativa a Profundidad-Semiestructurada		
			Instrumento	Técnica de registro	Técnicas de Sistematización
			Guía de preguntas Grabadora	Grabaciones Transcripciones	Transcripciones Codificación Matrices de Análisis

ELEMENTOS TEÓRICOS RETOMADOS

- Dinámica familiar desde la teoría general de sistemas. (Estructura, funcionamiento, ciclo vital)
- Descripción del trastorno afectivo depresivo. (Clasificación CIE 10 y DMS 4, Diferenciación con otros trastornos. Triada Cognitiva De Beck de los esquemas depresógenos, datos a nivel nacional).
- Impacto de la enfermedad mental en el sistema familiar.
- Teoría de la comunicación (premisas, axiomas, modelos y meta-comunicación)
- La interacción (definición, características, niveles y desarrollo de patrones)

DATOS MÁS DESTACADOS SOBRE LA DEPRESIÓN EN COLOMBIA

Retomados de la revista *Panam Salud Pública*, 2004;16(6):378–386*:

ESTUDIOS PREVIOS:

- En Colombia se han realizado diversos análisis de la prevalencia de la depresión a partir de los datos obtenidos en la **Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas** aplicada a 25.135 personas de todo el país en **1993**.

*En línea: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23682.pdf>



- En **1997** se reprocesaron los datos obtenidos mediante la aplicación de **la escala de Zung** para la depresión y se demostró que **11,8%** de la población encuestada mostraba depresión **leve** y que **4%** sufría de depresión **mayor** (moderada o grave), lo que indicaba que en Colombia había una elevada prevalencia de síndrome depresivo en 1993.

- También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo **femenino**.

- Resultados de la relación de la depresión con algunos aspectos **socioeconómicos**:

Condiciones físicas de la vivienda: se evidenció un leve aumento de la depresión cuando la persona consideraba su **espacio físico desfavorable**.



*Poca **cohesión** familiar, los **ingresos** insuficientes, el mal estado de **salud** y la poca satisfacción con los **logros** alcanzados: se percibían desfavorablemente en la medida en que aumentaba la gravedad de la depresión.*

*Consumo de **alcohol**: se observó un ligero aumento en la proporción de personas con elevado consumo de alcohol que presentaban síndrome depresivo.*

- Otro estudio realizado en **1995** encontró una prevalencia de síntomas de depresión de **72,6%** en una muestra de **1.376** pacientes de un hospital de atención primaria en Bogotá. La prevalencia fue mayor en las personas **separadas**, las que vivían **solas**, las que consumían **tranquilizantes** menores, **marihuana** o **basuco**, y las que reconocían tener **conflictos familiares**.



ALGUNOS RESULTADOS DEL ESTUDIO:

- La proporción de casos con depresión grave fue mayor en mujeres que en hombres, tanto en el último mes (29,2% frente a 19,6%, respectivamente), como en los 12 meses previos (28,1% frente a 19,1%, respectivamente).
- Se confirmó la asociación significativa entre la depresión y el sexo femenino. Esta asociación aumentó con la edad, quizá debido a factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, entre ellos la alta tasa de violencia doméstica y sexual.
- La depresión es más frecuente entre las personas afectadas por una enfermedad o discapacidad física.
- Se confirmó que las personas con síndrome de dependencia del alcohol y las que consumen marihuana presentan un mayor riesgo relativo de sufrir episodios depresivos.



DESCRIPCIÓN DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES

- **La Familia 1**, es de tipología nuclear, pequeña y en ciclo vital de Plataforma de Lanzamiento. Es una familia de estrato socioeconómico medio-alto, donde el proveedor económico principal es el padre. En este caso, la paciente fue diagnosticada hace aproximadamente 40 años. La persona que ha cumplido con las funciones de cuidador es el esposo.
- **La Familia 2**, es de tipología monoparental, y la paciente conforma un hogar unipersonal (pues ya no convive con su hijo y es separada), es un sistema pequeño y en ciclo vital del Nido Vacío. El estrato socioeconómico es medio-alto, donde el proveedor económico es la paciente. En este caso, la paciente fue diagnosticada hace 33 años aproximadamente. La persona que ha cumplido con las funciones de cuidadora es la hermana.

- 
- **La Familia 3**, es extensa, pequeña y en ciclo vital Plataforma de lanzamiento. El estrato socioeconómico es medio, donde el proveedor económico principal es el tío del paciente. En este caso, el paciente fue diagnosticado hace 10 años aproximadamente. La persona que ha cumplido con las funciones de cuidadora es una tía del paciente.
 - **La Familia 4**, es de tipología monoparental con jefatura femenina, mediana y en ciclo vital Familia Con Hijos Adolescentes. El estrato socioeconómico es bajo, donde la proveedora económica principal es la madre. A diferencia de los casos anteriores, este paciente tiene más poco tiempo de haber sido diagnosticado, pues los síntomas los presentó desde hace 5 meses más o menos. La persona que actualmente cumple con las funciones de cuidadora es la madre.

HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS (RESULTADOS)

- Relación entre la **estructura familiar** y el **ciclo vital** de las personas diagnosticadas, ya que el ciclo vital condiciona en gran medida el abordaje y adaptación de los **roles y normas** a la enfermedad.
- Los **jóvenes** son uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión. Procesos de **cambio** físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan **estrategias** de afrontamiento. Identidad, autonomía, éxito personal y social. (los pacientes presentaron sus **primeras crisis** en la adolescencia).

- 
- El **ciclo vital** incide en la adaptación a la enfermedad, el manejo de los síntomas, la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de sus roles familiares.
 - El componente **hereditario** incide en la predisposición para presentar enfermedades mentales.
 - Mayor **negación** en el caso de los **varones**. Culturalmente a los hombres se les ha condicionado a mostrarse como personas **fuertes**, limitando la **expresión de sentimientos**. Puede presentarse como falta de voluntad, o **debilidad**.

Frente al cambio en los Roles

Roles familiares identificados:

- **Mujeres participantes:** Ser madres, y otro el de ser esposa o compañera sentimental, así como algunas funciones domésticas.
- **Hombres participantes:** Ser hijos, hermanos y estudiantes.

Cambios en el cumplimiento de dichos roles, a partir del desarrollo del TAD:

- **Mujeres participantes:** Se cumplen satisfactoriamente mientras no están en periodos de crisis.

En dichos periodos hay una persona que asume el rol de cuidador(a) que le brinda apoyo emocional y le ayuda a cumplir algunas funciones.



Especificaciones frente a los roles de las mujeres participantes:

- *Rol de madres:* como se trata de hijos mayores estas funciones son más de acompañamiento y apoyo, pero ya no implican tantos cuidados como en la edad infantil.
- *Actividades domésticas:* No se ha presentado ningún obstáculo para cumplir con sus labores.
- *Rol de compañeras sentimentales:* han logrado mantener actualmente una relación de pareja estable y satisfactoria. sus compañeros han sido de mucho apoyo para mantener una estabilidad emocional. En la Familia I, el compañero cumple la función de cuidador.

- 
- **Hombres participantes:** Ha sido más difícil darle cumplimiento a las funciones que implican estos roles, aunque no se esté en crisis. Se encontró una actitud agresiva, generada por la insatisfacción e irritabilidad propias de la misma enfermedad y del ciclo vital.

Ha pasado poco tiempo desde el diagnóstico, aún hay negación y se desconoce la importancia de adherirse a un tratamiento.

Especificaciones frente a los roles de los hombres participantes:

- *Rol de hijos y hermanos:* Actitudes agresivas que alejan a sus familiares. Constantes choques con padres, hermanos. Y demás familiares. Aislamiento de actividades familiares y sociales.

- 
- *Rol de Estudiantes:* Dificultades para llevar el proceso plenamente. En la familia 4, el paciente no cree que pueda estudiar porque no se siente bien entre los demás. En la familia 3, el paciente ha sido inconstante debido a decaimientos, insatisfacción e indecisiones vocacionales.

La cuidadora de la familia 3 agrega, que el paciente no asume muchas de sus responsabilidades, no solo por las crisis en la enfermedad, sino también por el descuido personal y la falta de claridades en los roles y los límites asignados en la familia.



El cumplimiento de los roles depende:

-Ciclo vital.

-Reconocimiento de la enfermedad.

-El soporte Familiar y la adaptación a la enfermedad.

Se encontró que la manera como la familia se ha adaptado para afrontar la enfermedad y cómo la persona diagnosticada logra darle cumplimiento a los roles, mediados por el ciclo vital; influyen en el tipo de relaciones que se van desarrollando en el sistema familiar. A esto podría sumársele que el grado de cohesión y afectividad determinan el nivel y la calidad de dichas relaciones.

Patrones de interacción desarrollados

Aprendidos o trasladados desde la familia de origen:

- El patrón de **aislamiento**: Familia 1 y 2, con relaciones distantes, límites disgregados, dificultades para comunicarse abiertamente. (Reflectividad del patrón).
- El patrón de **intentos suicidas** (Antecedentes): dentro de la familia de origen han existido personas con intentos o actos de suicidio, y en uno de estos casos sigue reproduciéndose este patrón familiar como una opción definitiva contra el sufrimiento. Pero además estas situaciones han desestabilizado aún más el sistema familiar, llenando de culpa a los demás miembros.

Surgidos con el desarrollo del TAD:

- El patrón de **actitud defensiva**: En las Familias 3 y 4, se identificó que el grupo familiar ha optado por la estrategia, de estar a la defensiva para evitar salir lastimados en los momentos de crisis del paciente. Esta actitud se va volviendo recíproca y se retroalimenta entre el paciente y la familia.
- El patrón de **acompañamiento con posibilidades de autonomía** para el paciente: En las familias 1 y 2, la persona cuidadora, se ha interesado por informarse muy bien a cerca de la enfermedad mental, específicamente del TAD, y de igual manera se ha mostrado interés por acompañar al paciente, no solo en los momentos de crisis, convirtiéndose en un muy buen soporte para mantener la estabilidad emocional.

- 
- El patrón de **acompañamiento intermitente**: En el caso de la *Familia 3*, se da un acompañamiento intermitente, pues se hace especialmente para brindarle apoyo económico en el tratamiento, así como para recordarle en ocasiones lo importante de que continúe no sólo con el tratamiento farmacológico, sino también con sus actividades académicas, pero casi no hay contacto frecuente con el paciente.
 - Patrón de invisibilización o rechazo de TAD (**negación**): En el caso de las dos mujeres adultas, los hijos presentan un rechazo a la enfermedad, aunque ellos también tengan un diagnóstico similar. (estos hijos no niegan la existencia del TAD pero no consideran que requiera tratamiento especializado).

Los pacientes de las familias 3 y 4, tampoco asumen la importancia de un tratamiento. Se reitera la relación del ciclo vital y la negación de la enfermedad en estos casos abordados.

- 
- Patrón de reproche: fue identificado en aquellas personas de la familia que aún no conocen mucho de la enfermedad mental y el TAD específicamente, o que no lo reconocen como un asunto serio; y entran a dar juicios de valor, o a hacer comentarios de crítica contra el paciente, como el no querer poner de su parte, darle mucha importancia a asuntos triviales, querer llamar la atención, o fragilidad.
 - Patrón de Sobreprotección: En la familia 4, la cuidadora pasa de decirle al paciente que no considere la depresión como lo único en su vida, a adoptar una actitud sobreprotectora al no dejarlo salir de la casa.



MODELOS DE COMUNICACIÓN PREDOMINANTES EN CADA FAMILIA:

Familia 1:

- Aplacador (asumido por la pareja de la paciente-cuidador).
- Retroalimentado (asumido en el núcleo familiar).

Familia 2:

- Retroalimentado (asumido entre la hermana- cuidadora y la paciente).
- Distractor (asumido por el hijo y algunos miembros de la familia extensa)
- Culpador (asumido por algunos miembros de la familia extensa) este modelo hacía que la paciente cuando apenas estaba empezando el tratamiento, asumiera este modelo contra si misma.

Familia 3:

- Culpador (asumido del paciente hacia la madre)
- Distractor (asumido por el acudiente con el que convive)

En menor predominio

- Variación entre Aplacador y Retroalimentado (asumidos por la tía-cuidadora)

Familia 4:

- Aplacador (asumido por la madre-cuidadora especialmente, y en menor medida por los demás miembros de la familia)
- Se trata de potenciar un modelo retroalimentado (asumido por la madre-cuidadora)



Conclusiones
