Globethics Repository



Afrontamiento familiar del paciente con depresión [Family coping in patient with depression]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Blanco Julio, Jorge Luis
Publisher	Facultad de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Corporación Universitaria Reformada
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-14 09:50:57
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/218519

Artículo teórico

Afrontamiento familiar del paciente con depresión

Family coping in patient with depression

Jorge Luis Blanco Julio [a*]
[a] *Corporación Universitaria Reformada, Programa de Psicología. (Barranquilla, Colombia)*

D A T O S A R T I C U L O

Para citar éste artículo:
Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1* (2), 46-51.

Palabras clave:
Depresión
Afrontamiento familiar
Psicoeducación
Conciencia de enfermedad.

R E S U M E N

El presente artículo plantea un análisis de los aspectos relacionados con la influencia de la depresión sobre el entorno familiar del paciente psiquiátrico y su relación con el afrontamiento de la familia. Su objetivo concreto consistió en describir las características del episodio depresivo, las repercusiones que le suscitan al paciente y sus allegados y la importancia de la conciencia de enfermedad desarrollada por el paciente y su familia a través del proceso psicoeducativo. Para lograrlo, se ha llevado a cabo una revisión conceptual de carácter documental centrada en las aproximaciones teóricas a esta temática. La información obtenida muestra evidencia de la trascendencia que tienen las relaciones familiares sobre el desarrollo y curso de la depresión, así como las repercusiones negativas que tienen los comportamientos, demandas y aptitudes del paciente depresivo sobre la dinámica familiar, la trascendencia de la conciencia de enfermedad y de los recursos de apoyo que debe desarrollar la familia conforme a la información brindada con la psicoeducación.

Keywords:
Depression
Coping family
Psychoeducation
Insight.

Historial:
Recibido: 2 de septiembre de 2013
Revisado: 4 de noviembre de 2013
Aceptado: 22 de noviembre de 2013

*Correspondencia: Calle 48f N° 9 Sur-23 Barranquilla, Colombia.
E-mail: jorge_luis_2611@hotmail.com

A B S T R A C T

This paper presents an analysis of issues related to the influence of depression on the family environment of psychiatric patients and its relation to family coping. Its specific objective was to describe the characteristics of the depressive episode, the resulting aftereffects on the patient and their relatives, and the importance of awareness of developed disease by the patient and family throughout the psychoeducational process. To achieve this information, we have conducted a conceptual review in the form of a documentary focused on the theoretical approaches to this issue. The information obtained shows evidence of the importance that family relationships have in the development and course of depression, as well as the negative impact of behaviors, aptitudes, and demands of the depressed patient on the family dynamic, the importance of the awareness of disease and support resources to be developed by the family according to the information provided with psychoeducation.

Introducción

El desarrollo psicológico en la contemporaneidad, se ha visto definido por la necesidad de establecer procesos investigativos que aborden las preguntas surgidas de la realidad representada por los trastornos mentales y los desafíos que ésta propone en lo concerniente a la comprensión de cómo la esfera psicopatológica incide en la vida familiar y cotidiana. De esa forma, al trabajar directamente con el

comportamiento humano, la disciplina psicológica se ve en la obligación de dirigirse a los escenarios de la realidad donde se presentan los intercambios sociales y las experiencias humanas que suscitan la necesidad de la aplicación de su práctica.

Dentro de los esfuerzos realizados por los profesionales de la psicología, se encuentran los estudios concernientes al desarrollo y prevalencia de los trastornos mentales en la sociedad, incluyendo las patologías generadas por la relación de las personas con los escenarios sociales y sus posibles demandas. En este orden de ideas se hace comprensible el que estemos presenciando un interés cada vez mayor por la historia y actualidad de la prevalencia de los trastornos afectivos, observando en mayor medida a la depresión, su etiología, sus factores desencadenantes, su aparición en las diferentes culturas, sus manifestaciones dependientes de los rasgos de personalidad, su incidencia sobre el entorno familiar, entre otras características.

En Colombia se presentan también avances sobre el desarrollo de estas temáticas, demostrando internacionalmente que el nivel investigativo de la psicología colombiana ofrece perspectivas prometedoras, al estudiar una sociedad que a través de los años se ha visto enmarcada por la presencia de fuertes conflictos internos que llevan a la población de manera obligada, a enfrentarse a experiencias de alto impacto psicológico y contenidos emocionales congruentes con la realidad que atraviesa el país.

En esta medida se comprende la participación de cada persona, como ser único, ante la experiencia, partiendo de los rasgos personales que prevalecen sobre su predisposición al desarrollo de cierto tipo de psicopatologías, entre las cuales —como se nombró anteriormente con relación al interés de este artículo— se encuentra la depresión; trastorno cuya manifestación a nivel comportamental afecta de manera progresiva la realidad de la persona que la padece y al entorno en el que ésta se desenvuelve, evidenciándose el deterioro social que implica y el compromiso emocional que presuponen.

Se referencia este punto debido al contacto establecido entre el paciente depresivo y sus familiares, donde se manejan contenidos emocionales, características específicas de la dinámica familiar, estrategias de afrontamiento familiar y las repercusiones que tienen todos estos factores tanto en el paciente como en la familia en la cual se desenvuelve.

I.

Dentro de las ciencias humanas, la psicología no se ha mostrado ajena a la urgencia planteada por las necesidades en salud mental, presentando en el contexto investigativo grandes avances aplicados a las diversas comunidades y estructuras socioculturales. Los intereses de las diferentes disciplinas, en cuanto a la prevención, son congruentes con esta apreciación, puesto que las repercusiones de los trastornos mentales aquejan a la persona que los padece y a su vez afectan de manera directa a las personas con quienes convive (Pozo & Polaino-Lorente, 2000). A su vez es notorio el crecimiento que ha tenido a nivel investigativo la psicología al tener en cuenta la rehabilitación personal, social, laboral y familiar del enfermo (Verdugo, Martín, López & Gómez, 2004), además de la trascendencia que se la ha dado a la prevención del trastorno mental, ya que a nivel internacional algunas enfermedades psiquiátricas son tenidas en cuenta como importantes dentro del manejo de la salud pública (Ramírez, 2010).

En este sentido se tienen en cuenta los índices de prevalencia de los diversos trastornos mentales, entre los cuales se encuentra la familia de trastornos de corte depresivo, desordenes a los que se les da relevancia debido a que, según Tuesca-Molina et al. (2003), una de cada cuatro mujeres al igual que uno de cada diez hombres probablemente desarrollen un episodio depresivo en su vida. Estos autores señalan también, que existen percepciones de clínicos que apuntan a que en diversos contextos socioculturales de escasos recursos, se manifiestan con facilidad síntomas depresivos ante incidentes que pueden verse en el entorno (como el divorcio, la muerte de un familiar o un cambio de residencia), lo que supone una alta prevalencia del trastorno depresivo y las diversas causas que lo generan. Nos encontramos ante un fenómeno cuya presencia toma cada vez más fuerza, tanto así que la observación de Lehmann (1974, citado por Leal, 2002): "*parece casi normal que el hombre de nuestros días se encuentre cada vez más deprimido y angustiado*", se hace pertinente. En las estadísticas mundiales la depresión se sitúa entre las diez primeras causas de morbilidad y según cálculos estadísticos para el 2020 se proyecta como la segunda causa de morbilidad a nivel mundial (Espinosa-Aguilar et al., 2007; Ramírez, 2010).

En lo que respecta a nuestra realidad, Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz-Granados (2004), comentan que la depresión en Colombia es también un problema actual de salud pública y que por lo tanto se debe enfatizar en el desarrollo de estudios actualizados sobre su prevalencia en el país, subrayando el empeoramiento continuo de las condiciones socioeconómicas y la influencia de ésta, aunada a otros factores, en la presencia de la depresión en la población colombiana.

II.

En primera instancia deben tenerse en cuenta las características diagnósticas de este trastorno expresadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1995), este manual consigna que la depresión se caracteriza por "*un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades*" (APA, 1995, p. 326). Por otra parte, diversas investigaciones señalan que la depresión se caracteriza por la presencia de síntomas emocionales dolorosos que se sobreponen a la capacidad de actividad del paciente (Ruíz et al., 2007); Espinosa-Aguilar et al. (2007), definen a su vez la depresión como un estado de ánimo que no permite al paciente generar interés por, o disfrutar de, cualquier actividad que pueda realizar, lo que genera inactividad y cansancio exagerado; en este sentido ambas definiciones coinciden con la proporcionada por el DSM-IV de la APA (1995).

Dicho manual, al brindar las características específicas del trastorno y sus diferentes manifestaciones, otorga una visión comprensible sobre cómo puede llegar a vivenciar y exteriorizar una persona deprimida sus emociones, en tanto, se siente estancada, desesperanzada, irritable o ansiosa (APA, 1995), presentándose como sentimiento predominante

la tristeza (Leal, 2002), cuya vivencia, como encontramos en San Molina y Arranz (2011), es mucho más intensa ante situaciones con cierto grado de impacto emocional o afectivo que la experimentada por cualquier persona no diagnosticada.

Aunado a ello, estos pacientes expresan sentimientos de vacío, inutilidad, autoreproche, menoscabo, culpa, responsabilidad inexistente ante las adversidades, cansancio o falta de energía (APA, 1995), decaimiento, desolación, desmotivación, falta de iniciativa (Leal, 2002), ansiedad intensa, presentan una persistente incapacidad de autoreconocimiento, subrayan los aspectos negativos de su pasado (San Molina & Arranz, 2011), además desarrollan una pobre autoimagen y una baja autoestima.

El contacto continuo con este tipo de comportamientos puede generar un degaste en el entorno en el que se desenvuelve el paciente depresivo, en este respecto Royo (2002) indica que en el caso de los infantes y adolescentes, se prima el maltrato, el rechazo, la falta de comunicación y la notable insuficiencia de sus recursos de apoyo; es preciso resaltar la importancia de los recursos de apoyo que genera la familia con un integrante depresivo, el papel que desempeña la relación profesional-familia-paciente y la necesidad del proceso *psicoeducativo* como herramienta fundamental en la generación de conciencia de enfermedad en el paciente y su familia; se debe brindar a la familia el mayor conocimiento acerca de la patología del ser querido, teniendo en cuenta que ocultar información relevante u omitir detalles específicos genera un clima de desconfianza e incertidumbre con respecto al pronóstico del paciente (Pozo & Polaino-Lorente, 2000).

Se conoce como psicoeducación al proceso mediante el cual se le brinda al paciente la información pertinente sobre la sintomatología, los tratamientos, las recomendaciones, etc., con el fin de despejar cualquier duda (Torres & Compañ, 2006), y evitar la no aceptación de la enfermedad (Valencia, Rascón & Quiroga, 2003), en este proceso se presentan todas las indicaciones y los detalles trascendentales que le sirvan al paciente y al terapeuta, en tanto, se busca la adhesión al tratamiento y el debido cumplimiento del mismo por parte del paciente (Torres & Compañ, 2006) estos autores señalan que disponer de esta información ayuda a tener sensación de control sobre lo que está pasando o sobre lo que se espera que suceda, de forma que disminuye la incertidumbre y el malestar. Lo que se busca con el desarrollo de la conciencia de enfermedad en el paciente a través de la psicoeducación es el reconocimiento y la apropiación de la enfermedad, interiorizándola como un "componente" estructural que no es ajeno a él y que le supone una serie de responsabilidades trascendentales, a saber, el cuidado de su propio cuerpo, la importancia que tiene su adhesión al tratamiento interdisciplinar. El reconocimiento de las diversas manifestaciones de la enfermedad y las estrategias apropiadas de las que debe disponer en caso de cualquier eventualidad; desde el ámbito familiar, señalan que la psicoeducación cumple el mismo papel que lo realizado con el paciente, puesto que se busca despejar las dudas, inquietudes y miedos acerca de la enfermedad, su pronóstico, tratamiento, etc., que se llegan a presentar y que generan malestar; el pretender tomar el proceso psicoeducativo como estático y único para todos los casos, es un error que debe ser corregido, en este sentido, los objetivos del proceso deben focalizar directamente las necesidades específicas y relevantes de cada paciente y de cada integrante de su familia con el fin de conseguir resultados positivos (Pozo & Polaino-Lorente, 2000; Torres & Compañ, 2006).

En la literatura científica se habla del *afrontamiento familiar*, que en general se refiere a los mecanismos de apoyo intrafamiliares a los que se recurre con el fin de asegurar el bienestar de cada integrante de la familia, incluido el enfermo. Fernández (2004), señala que la familia recurre a mecanismos de autorregulación, que modifican las relaciones familiares, con el fin de permitir su debido funcionamiento, estas modificaciones en las relaciones no siguen un curso específico y dependen de las características de cada familia, su historia, su etapa del ciclo vital, su solidez familiar, etc.. En el caso de una enfermedad, la experiencia demandante por la que atraviesa la familia obliga a considerarla un estado de crisis debido a su capacidad para la desorganización del sistema familiar, cuya intensidad está mediada por el tipo de enfermedad y la dinámica familiar que gira en torno a ella. El autor brinda una visión complementaria al argumentar que la enfermedad genera desajustes en la relación de la familia, el funcionamiento de sus integrantes y la inclusión de valores y costumbres que minan en la creación de respuestas adaptativas como recursos para afrontarla. El mismo Fernández (2004), profundiza en el impacto de la patología sobre el entorno familiar, teniendo en cuenta factores específicos que intervienen, sumados a lo anteriormente descrito, se señalan:

a) *Etapa del ciclo vital*. La enfermedad tendrá un impacto diferente sobre la familia dependiendo del momento que esté viviendo y al miembro que la padezca.
b) *Flexibilidad o rigidez de roles familiares*. Ante la crisis que supone el impacto de la enfermedad las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. Puesto que se ve afectada la distribución de roles, donde debido al cumplimiento de las nuevas funciones se presenta el descuido de las otras. En este sentido, se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis debido a su imposibilidad de adaptación a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.
c) *Cultura familiar*. Hace referencia al conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad, partiendo de la interpretación que la familia hace de este proceso.
d) *Comunicación familiar*. El no transmitir información al paciente sobre su enfermedad (conspiración de silencio) le genera desconfianza, dificultando su vinculación y convivencia con el entorno familiar.
e) *Tipo de respuesta familiar*. Se refiere a los cambios generados en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo. Referida por nuestro autor Kornblith (1996, en Fernández, 2004) plantea la existencia de dos patrones de respuesta, opuestos pero escalonables, por un lado tenemos la tendencia centrípeta, donde toda actividad que éstos realizan están dadas en función del enfermo, absorbiendo la familia gran parte de los recursos afectivos y económicos; y por el otro, la tendencia centrífuga en la cual se le delega a una sola

persona la mayor carga de la responsabilidad, siendo predominante el género femenino.

f) *Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos*. Respuesta familiar relacionada con la capacidad de reorganización ante la crisis y su impacto.

g) *Aislamiento y Abandono*. La familia busca aislarse para poder manejar la situación de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo.

h) *Negación, cólera y miedo.* Se genera desde el principio de la elaboración del diagnóstico al no tener respuestas satisfactorias, la familia se moviliza hacia nuevas técnicas y profesionales, que a la postre pueden generar en el paciente un desgaste.

i) *Ambivalencia afectiva*. Se refiere a la contradicción de los sentimientos de los integrantes de la familia con relación al bienestar del enfermo, por un lado desean que este mejore, por el otro, desean que todo termine, incluso si eso significa la muerte de su familiar.

Por su parte, García y Rodríguez (2005), argumentan que el afrontamiento familiar hace referencia a los comportamientos y recursos de apoyo, normalmente cambiantes, a los que se recurre con el fin de atender a las necesidades externas e internas propias de una situación específica y que le permiten a la familia la obtención de un alivio o disminución del estrés. Estos mismos autores continúan argumentando que la posición de la familia debe versar sobre la modificación de sus roles, metas y objetivos, relaciones directas o indirectas con el enfermo, teniendo en cuenta las alteraciones del comportamiento propias del curso de la enfermedad y adoptando pautas, estrategias y conocimientos prácticos que le permitan detectar y actuar conforme a cualquier problema que presente el miembro enfermo de la familia en caso que sea necesario.

Estos autores enumeran y describen los recursos que posee la familia para afrontar la enfermedad mental, argumentando que si bien existen recursos de los que disponen las personas, bien sean internos o externos, estos recursos condicionan los estilos de afrontamiento, dichos recursos son nombrados aquí:

a) *Recursos físicos.* Energía física y salud.

b) *Recursos personales.* Creencias e ideas personales que le permiten a la persona seleccionar estrategias específicas de afrontamiento.

c) *Recursos sociales*. Habilidades que permiten la comunicación efectiva y adecuada de las personas con su entorno.

d) *Técnicas de resolución de problemas.* Información adquirida por medio de la experiencia y desarrollo de las habilidades para poner en práctica dicha información.

e) *Recursos ambientales.* Se destacan el marco familiar, amigos, apoyo social, condiciones laborales, tipo de vivienda, etc. Como recursos de los que dispone el paciente para hacer frente a la enfermedad, mientras más limitada sea su interrelación con el medio, serán más insuficientes serán sus condiciones ambientales y así dispondrá de menos recursos de afrontamiento.

Si bien en ambas descripciones se desarrolla la temática del afrontamiento familiar desde diferentes perspectivas, se debe resaltar la trascendencia que se le da al ambiente familiar como recurso implicado en el curso y prevalencia de la depresión (Fernández, 2004; García & Rodríguez, 2005).

En este sentido, las implicaciones que tiene la terapia y sus efectos sobre la familia deben ser prioridad (Pozo & Polaino-Lorente, 2000); el psicólogo debe atender las repercusiones que tiene la depresión sobre la familia y el rol que asume cada integrante en función del afrontamiento; es por esto que, los esfuerzos de la familia son vitales para el cumplimiento de los objetivos del tratamiento, puesto que las situaciones o experiencias vividas por el paciente en sus relaciones familiares ejercen una fuerte influencia sobre el origen y el curso de la enfermedad, entre tanto, el comportamiento del paciente y el uso de recursos de apoyo inestables desarrollados pueden afectar de manera directa la dinámica familiar (Anderson, Dimidjian & Miller, 1999).

Estudiar los aspectos formales de la relación paciente-familia en la vivencia de la depresión es difícil "desde afuera" (Retamal, 1998), subrayando que los trastornos depresivos se encuentran entre las patologías de mayor impacto emocional (Gradillas, 1998), ya que, aún en los casos leves, la depresión tiene incidencias notables en el desarrollo familiar, social y emocional (APA, 1995; Royo, 2002), puesto que los comportamientos del paciente y la patología en general impactan de manera negativa en su entorno (Anderson et al, 1999).

Durante el proceso psicoterapéutico con el paciente, se deben generar los espacios propicios para capacitar u orientar a sus familiares acerca de las nuevas situaciones que traen consigo las manifestaciones de la enfermedad y los recursos de apoyo que deben brindar en cuanto a la satisfacción de las nuevas necesidades del enfermo (Pozo & Polaino-Lorente, 2000), comprendiendo la necesidad fundamental de crear y mantener las relaciones sanas con los integrantes del entorno en el que se desenvuelve, donde se torna imprescindible el apoyo emocional y la inclusión del paciente a la realidad de la dinámica familiar.

Si bien se conoce esta necesidad y sus aportes positivos, el cuidar del paciente depresivo es una responsabilidad que implica seriamente la estabilidad emocional de sus cuidadores, puesto que éstos tienen contacto con vivencias altamente demandantes y con un impacto dramáticamente negativo, hasta el punto de verse comprometido su propio estado de ánimo y bienestar (Anderson et al., 1999), por ejemplo, la exacerbación de los síntomas depresivos como el llanto constante genera ansiedad en su cuidador, pero es la persistencia de este síntoma más que su intensidad el que le genera mayor zozobra y estrés (Gradillas, 1998); otro caso se genera ante las incesantes demandas del paciente por ser escuchado, por no ser alienado o por percibir que su sufrimiento está siendo desestimado (Anderson et al., 1999), el factor a resaltar versa sobre los sentimientos de culpa y lástima vividos por sus allegados.

Desde la perspectiva de los integrantes de la familia del paciente depresivo, Flores et al. (2012), comentan que los familiares modifican la dinámica familiar con el fin de atender las necesidades del enfermo, pudiéndose generar conflicto entre ellos debido a la alta carga emocional que se genera en la relación (Gradillas, 1998), al atender responsabilidades que los alejan de sus verdaderas obligaciones (Anderson, et al., 1999), sobre estas apreciaciones se pueden encontrar casos en los que el paciente tiene

hijos pequeños y sus familiares deben acoger nuevas reglas, responsabilidades u oficios que anteriormente no les correspondían, por lo que con el tiempo se sienten exhaustos, sobrecargados y enojados (Anderson et al., 1999).

De esta manera, no establecer la conciencia de enfermedad como es debido y no atribuir las expresiones emocionales del paciente como manifestaciones de los síntomas depresivos, generan en los familiares comportamientos críticos e intolerables frente al estado de ánimo y el comportamiento del paciente (Anderson et al., 1998), en este momento de la crisis, la intervención debe ser oportuna, acatando la necesidad de establecer una relación de apoyo, donde se permita el mutuo flujo de información pertinente acerca de los componentes afectivos, interpersonales y cognitivos que se ven afectados por la crisis depresiva (Boschetti-Fentanes, 2004), con el fin de disminuir los estados de ansiedad que pueden comprometer la adhesión al tratamiento y promoviendo las relaciones afectivas propicias y los elementos informativos necesarios para asegurar la colaboración y el bienestar de cada integrante de la familia.

Se resalta la capacidad que tiene la familia para afrontar este tipo de crisis acudiendo al conocimiento oportuno de esta patología, puesto que el desarrollo personal de cada integrante de la familia se ve comprometido al establecer contacto con el paciente depresivo, en este sentido, Gradillas (1998), comenta que en muchas ocasiones la relación con este tipo de pacientes se vuelve tan absorbente que los familiares sufren un alejamiento de sus relaciones sociales; fenómeno que se desarrolla dentro de la dinámica familia debido al apoyo físico y psicológico que cada integrante le brinda al paciente y que compromete el tiempo usado en actividades que se acostumbraba a desarrollar fuera del núcleo familiar.

El paciente vive un deterioro de sus relaciones, donde los síntomas le impiden mantener los vínculos más estrechos con sus más allegados (Gradillas, 1998), la exacerbación y el descontrol de ciertos síntomas crean en el paciente y su familia la estigmatización, que junto con el carácter desplazante de la depresión crean dificultades para el sostén de los vínculos sociales de apoyo, deteriorando de manera agobiante las relaciones interpersonales (Anderson et al., 1998).

Si bien la depresión es uno de los trastornos mentales con menor estigma social, esta temática afecta de manera negativa tanto al paciente como a sus familiares, por tratarse de un tema que no se acostumbre a ser comentado en público (Gradillas, 1998), el aislamiento condensa las relaciones familiares generando aún más sentimientos de frustración y crítica agotando de manera precipitada los recursos de afrontamiento ante la situación actual (Anderson et al., 1998), así de manera progresiva la dinámica familiar gira en torno a la problemática del paciente, encontrándose con factores directamente coercitivos que están fuera de su control y que están mediados por la influencia de los pensamientos depresivos del familiar enfermo.

En este sentido y con relación al afrontamiento familiar se tiene en cuenta los factores estresantes vividos desde antes de presentarse el episodio depresivo y que influyen sobre la familia haciendo más difícil enfrentar la crisis (Anderson et al., 1998), por lo que el desarrollo de la comunicación familiar y el aprovechamiento de los conocimientos pertinentes durante la fase prodrómica le permitirán un mejor aprovechamiento de los recursos de apoyo, ya que de lo contrario, los familiares pueden interpretar los síntomas depresivos como una falta de compromiso y atención del paciente sobre su relación con ellos (Anderson et al., 1998); se tiene en cuenta este último apartado puesto que estos factores pueden ser tan estresantes que a falta de más recursos a utilizar, ciertos integrantes de la familia optan por alejarse y abandonar la relación con el enfermo (Retamal, 1998).

En síntesis, la conciencia de enfermedad que se genere en el paciente contribuirá de manera significativa no solo en su propia mejoría sino también en la capacidad de adecuación a los nuevos roles que deberán ser asumidos por cada uno dentro de la dinámica familiar. Participar con un compromiso proactivo frente al reconocimiento del problema y la asimilación de las nuevas pautas a seguir, adoptándolas como un nuevo estilo de vida, más que como simples recomendaciones que se deben acatar, se puede llegar a conseguir el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre cada integrante de la familia y el paciente, consiguiendo una repercusión significativamente positiva sobre el impacto generado por la crisis, obteniendo favorables resultados por parte del entorno familiar.

Referencias

Anderson, C., Dimidjian, S. & Miller, A. (1998). Terapia de familia. En: Y. Irvin (Comp). *Tratamiento de la depresión*. (pp. 23-28). Barcelona: Granica.

Asociación Americana de Psiquiatría: APA. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales — DSM-IV —* (4ª Ed). Barcelona: Massons.

Boschetti-Fentanes, B. (2004). La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, *6* (3), 61-63.

Espinosa-Aguilar, A., Caraveo-Anduaga, J., Zamora-Olvega, M., Arronte-Rosales, A., Krug-Llamas, E., Olivares-Santos, R., … Peña-Valdovinos, A. (2007). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*, *30* (6), 69-80.

Fernández, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*, *47* (6), 251-254.

García, A. & Rodríguez, J. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los cuidados*, *9* (18), 45-51.

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M. & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panameña de Salud Pública*, *16* (6), 378-386.

Gradillas, V. (1998). La Depresión. En: V. Gradillas (Ed). *La familia del enfermo mental: La otra cara de la psiquiatría*. (pp. 37-38). Madrid: Díaz de Santos.

Leal, F. (2002). Depresiones. En: F., Leal. *Comprender la enfermedad mental*. (pp. 53-55). Murcia: Universidad de Murcia.

Pozo, A. & Polaino-Lorente, A. (2000). El impacto del niño enfermo en la familia. En: A., Polaino-Lorente, M., Abad, P., Martínez & A., Pozo. *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo?* (pp. 41-42). Madrid: Rialp.

Ramírez, F. (2010). Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. *Revista Peruana de Epidemiología*, *14* (1), 1-7.

Retamal, P. (1998). Concejos generales para el paciente y su familia. En: P., Retamal. *Depresión*. (pp. 60-63). Santiago de Chile: Universitaria.

Royo, J. (2002). Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *25* (3), 97-103.

San Molina, L. & Arranz, B. (2011). Síntomas de la depresión. En: L. San Molina & B. Arranz. *Comprender la Depresión*. (pp. 26-37). Barcelona: Amat.

Torres, M. & Compañ, V. (2006). Tratamientos del dolor. En: M., Torres & V., Compañ. *La experiencia del dolor*. (pp. 57-59). Barcelona: UOC.

Tuesca-Molina, R., Fierro, N., Molinares, A., Oviedo, F., Polo, Y., Polo, J. & Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. *Revista Española de Salud Pública*, *77* (5), 595-604.

Valencia, M., Rascón, M. & Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al Tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con Esquizofrenia. *Salud Mental*, *26* (5), 1-18.

Verdugo, M., Martín, M., López, D. & Gómez, A. (2004). Aplicación de un programa de habilidades de autonomía personal y social para mejorar la calidad de vida y autodeterminación de personas con enfermedad mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, *1* (2), 47-55.