RECURSOS UTILIZADOS POR FAMILIAS INTEGRADAS POR CONYUGES ENTRE LOS 40 Y 60 AÑOS DE EDAD FRENTE A LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE UNO DE SUS MIEMBROS

Astrid Paola Herrera Quiroga

Universidad de la Sabana

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	7
Justificación	8
Objetivos	9
Objetivo General	9
Objetivo Específicos	9
Descripción de la Institución	9
Reseña Histórica	9
Visión	11
Misión	11
Objetivos	11
Políticas	12
Valores	13
Marco Teórico	14
Método	41
Tipo de Diseño	41
Participantes	42
Instrumentos	43
Procedimiento	44
Resultados	47
Interpretación de Resultados Cualitativos	120
Discusión	121
Referencias	125
Apéndices	127

Apéndices

Apéndices	Pág.
Apéndice A: F-COPES	128
Apéndice B: Entrevista Semiestructurada para Cónyuges	132
Apéndice C: Diagrama de Flujo	134
Apéndice D: Genograma Sujeto 1	135
Apéndice E: Genograma Sujeto 2	136
Apéndice F: Genograma Sujeto 3	137
Apéndice G: Genograma Sujeto 4	138
Apéndice H: Genograma Sujeto 5	139
Apéndice I: Base de Datos Brutos Mujeres	140
Apéndice J: Base de Datos Brutos Hombres	141
Apéndice K: Base de Datos Brutos Combinados	142

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1: Distribución de las Edades de la Muestra de Mujeres 54
Figura 2: Distribución de la Salud de la Muestra 55
Figura 3: Distribución del Apoyo Social 56
Figura 4: Distribución de la Reestructuración 58
Figura 5: Distribución de la Movilización Familiar 60
Figura 6: Distribución de la Evaluación Pasiva 61
Figura 7: Distribución de la Búsqueda de Apoyo Espiritual 63
Figura 8: Distribución del Total 65
Figura 9: Distribución de las Edades de la Muestra de Hombres 67
Figura 10: Distribución de la Salud de la Muestra 68
Figura 11: Distribución del Apoyo Social 69
Figura 12: Distribución de la Reestructuración 71
Figura 13. Distribución de la Movilización Familiar 72
Figura 14: Distribución de la Evaluación Pasiva 74
Figura 15: Distribución de la Búsqueda de Apoyo Espiritual 75
Figura 16: Distribución del Total 77
Figura 17: Distribución de la Clasificación de la muestra por Sexo 79
Figura 18: Distribución de las Edades de la Muestra Combinada 80
Figura 19: Distribución de la Salud de la Muestra 81
Figura 20: Distribución del Apoyo Social 83
Figura 21: Distribución de la Reestructuración 85
Figura 22: Distribución de la Movilización Familiar 87
Figura 23: Distribución de la Evaluación Pasiva 88
Figura 24: Distribución de la Búsqueda de Apoyo Espiritual 90
Figura 25: Distribución del Total 93

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1: Resumen de las Respuestas Estandarizadas a las Pruebas aplicadas a las Mujeres 48
Tabla 2: Resumen de las Respuestas Estandarizadas a las Pruebas aplicadas a los Hombres 49
Tabla 3: Resumen de las Respuestas Estandarizadas a las Pruebas aplicadas a Hombres y Mujeres 50
Tabla 4: Estadísticos de la Variable Edad de las mujeres 52
Tabla 5: Frecuencias de la Variable Edad 53
Tabla 6: Frecuencias de la Variable Salud 54
Tabla 7: Estadísticos de la Variable Apoyo Social 55
Tabla 8: Frecuencias de la Variable Apoyo Social 55
Tabla 9: Estadísticos de la Variable Reestructuración 57
Tabla 10: Frecuencias de la Variable Reestructuración 57
Tabla 11:Estadísticos de la Variable Movilización Familiar 58
Tabla 12: Frecuencias de la Variable Movilización Familiar 59
Tabla 13: Estadísticos de la Variable Evaluación Pasiva 60
Tabla 14: Frecuencias de la Evaluación Pasiva 60
Tabla 15: Estadísticos de la Variable Búsqueda de Apoyo Espiritual 62
Tabla 16: Frecuencias de la Variable Búsqueda de Apoyo Espiritual 62
Tabla 17: Estadísticos del Total 63
Tabla 18: Frecuencias del Total 64
Tabla 19: Estadísticos de la Variable Edad de los Hombres 65
Tabla 20: Frecuencias de la Variable Edad 66
Tabla 21: Frecuencias de la Variable Salud 67
Tabla 22: Estadísticos de la Variable Apoyo Social 68
Tabla 23: Frecuencias de la Variable Apoyo Social 69
Tabla 24: Estadísticos de la Variable Reestructuración 70
Tabla 25: Frecuencias de la Variable Reestructuración 70
Tabla 26: Estadísticos de la Variable Movilización Familiar 71

Tabla 27: Frecuencias de la Variable Movilización Familiar 72
Tabla 28: Estadísticos de la Variable Evaluación Pasiva 73
Tabla 29: Frecuencias de la Evaluación Pasiva 73
Tabla 30: Estadísticos de la Variable Búsqueda de Apoyo Espiritual 74
Tabla 31: Frecuencias de la Variable Búsqueda de Apoyo Espiritual 75
Tabla 32: Estadísticos del Total 76
Tabla 33: Frecuencias del Total 76
Tabla 34: Distribución de la Clasificación de la Muestra por Sexo 78
Tabla 35: Estadísticos de la Variable Edad Combinada 79
Tabla 36: Frecuencias de la Variable Edad 79
Tabla 37: Frecuencias de la Variable Salud 81
Tabla 38: Estadísticos de la Variable Apoyo Social 82
Tabla 39: Frecuencia de la Variable Apoyo Social 82
Tabla 40: Estadísticos de la Variable Reestructuración 84
Tabla 41: Frecuencias de la Variable Reestructuración 84
Tabla 42: Estadísticos de la Variable Movilización Familiar 85
Tabla 43: Frecuencias de la Variable Movilización Familiar 86
Tabla 44: Estadísticos de la Variable Evaluación Pasiva 87
Tabla 45: Frecuencias de la Variable Evaluación Pasiva 88
Tabla 46: Estadísticos de la Variable Búsqueda de Apoyo Espiritual 89
Tabla 47: Frecuencias de la Variable Búsqueda de Apoyo Espiritual 89
Tabla 48: Estadísticos del Total 91
Tabla 49: Frecuencias del Total 91
Tabla 50: Análisis Comparativo 100
Tabla 51: Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales Caso 001 105
Tabla 52: Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales Caso 002 108
Tabla 53: Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales Caso 003 111
Tabla 54: Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales Caso 004 114
Tabla 55: Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales Caso 005 117

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue identificar los recursos que emplean los cónyuges frente a la depresión. Para este fin se tomó una muestra aleatoria de 30 parejas, entre 40 y 60 años, de las cuales uno de los miembros fue diagnosticado con "Trastorno Depresivo Mayor" y hospitalizado por un periodo no menor de 10 días. Se uso un diseño descriptivo. Los instrumentos utilizados fueron: La Escala F-COPES y una Entrevista Semi-estructurada. Se realizó análisis estadístico y descriptivo. Se encontró que el Apoyo Social es el recurso más utilizado, seguido de la Evaluación Pasiva y la Movilización Familiar; la capacidad de las familias en estudio para sobrellevar estos problemas es baja. No se encontraron diferencias significativas según el género.

Recursos Utilizados por Familias Integradas por Cónyuges Entre los 40 Y 60 Años de Edad Frente a los Síntomas Depresivos de Uno de Sus Miembros

La presente investigación, se realiza dentro de la línea de investigación clínica de la facultad de psicología de la Universidad de la Sabana. Aborda la depresión como uno de los fenómenos psicopatológicos de mayor relevancia en la actualidad, datos estadísticos muestran que cerca del 12 y el 25% de consultantes en medicina general acuden por sintomatología depresiva. (Toro y Montoya, 1998).

La depresión se presenta en cualquier etapa del ciclo vital, sin embargo para la presente investigación se ha tomado la adultez intermedia que abarca desde los 40 hasta los 65 años de edad (Papalia, D y Olds, S, 1997).

Esta investigación tuvo como base la perspectiva sistémica de la familia, según la cual las interrelaciones, demandas, recursos y estrategias influyen en el comportamiento de los integrantes del núcleo familiar frente a una crisis determinada; por tal razón la investigación pretende indagar los recursos y las estrategias que tienen las familias de esta etapa del ciclo vital de manera que sirva como aporte a la psicología y especialmente a la perspectiva sistémica con el fin de crear, fortalecer, o mejorar las estrategias terapéuticas de intervención psicológica que involucran el núcleo familiar en el proceso de recuperación de los consultantes que sufren de depresión. Por otra parte los resultados apoyarían a las demás ciencias de la salud mental con el objetivo de tener una base o punto de partida para las distintas estrategias de intervención que realizan psicoterapeutas, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y demás profesionales de la salud involucrados dentro del abordaje terapéutico de la depresión.

Objetivos

Objetivo General

Describir los recursos que emplean las familias conformadas por cónyuges entre los 40 y 60 años de edad frente a los síntomas de depresión de alguno de sus miembros con el fin de reconocer la posibilidad de desarrollar estrategias familiares para afrontar la depresión.

Objetivos Específicos

Conocer cuales son los sentidos y significados que la familia da a la crisis depresiva de alguno de sus miembros y como es su comportamiento en situaciones de crisis, con el fin de analizar las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por estos para la solución de sus problemas.

Identificar los patrones externos de manejo familiar frente a la depresión con el fin de plantear estrategias futuras que permitan ampliar, mantener o crear redes de apoyo ante esta dificultad.

Identificar los patrones internos de manejo familiar frente a la depresión, con el fin de establecer estrategias que permitan ampliar, mantener o crear estrategias personales ante esta dificultad.

En el año de 1981, ante la necesidad de ofrecer a la población santandereana y a la región Nor – Oriental del país una opción diferente a la ofrecida por el estado en salud mental a través de su Hospital Psiquiátrico, un grupo de personas pertenecientes al sector salud y lideradas por el Doctor Germán Duarte Hernández, Médico Psiquiatra de la Universidad de Antioquía, fundaron la Clínica de Reposo San Pablo, para ofrecer los servicios de hospitalización a personas con problemas en su sistema nervioso. De igual manera, debido a la gran experiencia del Doctor Duarte y quien por cinco años manejó el programa de fármaco-dependencia y alcoholismo en el Hospital psiquiátrico, se implantó un programa especial para personas con adicción al alcohol o a las drogas, el cual a través de los años ha tenido muy buena aceptación al tiempo que ha permitido la rehabilitación de cientos de personas con estos problemas.

Con el transcurso del tiempo se han ido adicionando otros servicios como la atención a personas de la tercera edad con problemas psiquiátricos, consulta ambulatoria, urgencias psiquiátricas y aplicación de pruebas psicométricas.

La institución funcionó hasta Noviembre del año 1995 en Lagos del Cacique, en la Carrera 55 No. 71-79. A partir de dicha fechas, trasladó sus instalaciones a una nueva sede ubicada en la Carrera 38 No. 48-90, la cual cuenta con confortables habitaciones, capilla, zonas sociales, canchas deportivas, taller de terapia ocupacional, entre otros, que sumados a la atención brindada por el equipo multidisciplinario al mando del Director Científico. Médico psiquiatra Doctor Germán Duarte Hernández, conformado por un selecto grupo de psiquiatras adscritos, médicos generales, psicólogos, enfermeras jefes y auxiliares, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, nutricionistas y terapeutas deportivos, reviertan en la prestación de un excelente servicio.

A lo largo de estos 18 años de funcionamiento, la clínica se ha distinguido por sus tratamientos humanos y efectivos, lo cual le ha permitido su reconocimiento como la primera Institución del Oriente Colombiano en la rama de la psiquiatría.

La Clínica San Pablo, entidad de carácter privado, como prestadora de los mejores servicios de psiquiatría en el Oriente Colombiano, tiene como visión proyectar la calidad de los mismos buscando ser reconocida a nivel nacional por los excelentes resultados obtenidos en sus tratamientos que conllevan nuevamente a la adaptación de los pacientes a su medio. Desea verse como una organización innovadora, integrada al cambio y con un recurso humano altamente capacitado y unido que logre satisfacer las necesidades de sus clientes.

Su misión es, Proporcionar a toda persona con alteraciones en el sistema nervioso, que incursa en el alcoholismo o fármaco-dependencia una plena y adecuada reintegración a su medio familiar, social y laboral, así como prestar un especial cuidado a personas de la tercera edad.

Se cuenta con tratamientos especializados respaldados por el personal médico y paramédico capacitado, de una gran calidad humana que garantiza diagnósticos acertados, tratamientos científicos y una rehabilitación oportuna en el mejor ambiente terapéutico.

La filosofía se basa en mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes como también la de todo nuestro personal.

Por lo anterior hoy día es la institución líder en la prestación de esta clase de servicios.

La Clínica San Pablo S.A., tiene como objetivos: Ser la entidad privada líder en el país en la prestación de servicios de psiquiatría.

Disponer de un excelente personal idóneo, capacitado y orientado al trabajo en equipo que permita la prestación de un excelente servicio buscando la satisfacción de las necesidades de los diferentes clientes, proveedores y público en general.

Obtener a través de ingresos paralelos a un tratamiento eficiente de sus costos y gastos, los excedentes monetarios que le permitan seguir mejorando y ampliando los servicios a través de la adquisición de nuevos equipos al igual que por medio del ensanche y construcción de planta física.

Incrementar las tasas de ocupación de los servicios de hospitalización y programa Clínica Ambulatoria. Brindar la mejor atención al paciente para su oportuna recuperación, a través del cuidado de un equipo terapéutico multidisciplinario con el fin de que se adapte nuevamente al medio familiar, social y laboral.

Proporcionar un excelente cuidado a personas de la tercera edad con problemas psiquiátricos, que no están en condiciones de actuar por sí solos dentro de la sociedad.

Proporcionar un óptimo clima laboral que le permita al recurso humano, mantener una alta motivación y un sentido de pertenencia y compromiso hacia la Institución.

Entre sus políticas, se encuentran las siguientes: El paciente debe ser el centro de atención de todas las actividades de los diferentes departamentos para así lograr su plena satisfacción.

Se deberá medir el grado de satisfacción de los servicios prestados a través de una encuesta que debe realizarse a todo paciente que egrese de la Institución.

Brindarle a las personas de la tercera edad, además de tratamiento médico, el cariño, la comprensión y el apoyo psicológico necesario para que sientan ese afecto y cuidado que otras personas no les brindan.

La Clínica velará porque todo su personal médico, paramédico y administrativo, tenga capacitación permanente para estar a la vanguardia en la prestación de un servicio excelente.

Permanentemente se deberán buscar nuevos convenios con entidades promotoras de salud o afines, buscando una mayor remisión de pacientes a la Clínica.

Todo el personal deberá convertirse en promotor permanente de los servicios de la Clínica.

Difundir y adoptar una cultura de servicio basada en los diez principios de verdad.

Se deberá concientizar a todo el personal del uso racional de los suministros y recursos disponibles de la Institución.

Se propiciarán actividades de esparcimiento que permitan mejorar las relaciones interpersonales entre los diferentes departamentos de la Institución.

Los valores de La Clínica de reposo San Pablo son, cumplir con un compromiso social al satisfacer las necesidades de las personas que presentan problemas de adaptación a su medio tanto familiar como social y laboral, derivados de enfermedades nerviosas.

Mejorar la calidad de vida es la filosofía, no sólo de los pacientes sino del equipo terapéutico que la conforma y se basa en los valores de competitividad, liderazgo, integridad, naturalidad en sus relaciones interpersonales, innovación y mejoramiento continuo, compromiso, autonomía, solidaridad, agilidad, neutralidad en sus tratamientos, profesionalismo, adaptación al cambio, buen trato a la persona, lealtad y organización.

Recursos Utilizados por Familias integradas por cónyuges entre los 40 y 60 años de Edad Frente al Síntoma Depresivo de Uno de sus Miembros

Realizar una concepción estructural de la familia implica tener en cuenta un pensamiento evolutivo, desde este punto de vista, la familia se define como "un sistema socio-cultural abierto y en transformación, y como una unidad social que afronta una serie de tareas evolutivas". (Minuchin 1979, citado por Falicov, 1991).

Según esta definición, la familia experimenta cambios en el tiempo y progresa de acuerdo a etapas evolutivas, que como afirman Minuchin y Fishman (1981), citados por Falicov (1991), están guiadas por cambios de los subsistemas antiguos y la aparición de otros nuevos, así como por variaciones de las fronteras externas e internas de la familia. El desarrollo familiar, está determinado por la maduración física y social de los hijos y afirma que el flujo básico del ciclo vital es similar para todas las familias aún teniendo en cuenta sus diferencias contextuales y culturales.

Esta visión estructural, asegura que las familias atraviesan por períodos de transición cuando un nuevo miembro entra al sistema o cuando un miembro reconocido se va, razón por la que el ciclo vital evoluciona en etapas de entrada y salida, o de unión y separación de miembros de la familia, estos períodos implican cambios en la distribución de los roles y reglas que describen las fronteras familiares.

Wood (1985), citado por Falicov, (1991) realiza una definición de frontera teniendo en cuenta dos parámetros; a) pautas de proximidad y b) estructura jerárquica de la familia. Las fronteras proporcionan un medio para explicar las dimensiones que experimentan cambio durante las transiciones familiares. Estas estructuras funcionales de la familia cambian de forma natural para acomodarse a las exigencias planteadas por el desarrollo y las estructuras disfuncionales quedan rezagadas y a su vez las dimensiones referentes a las jerarquías también implican un componente evolutivo y los cambios en estas se producen a medida que los hijos maduran durante la adolescencia.

Falicov (1991) afirma que entre el desarrollo y la organización familiar, existe una relación de influencia recíproca, ya que las exigencias del primero modifican la segunda y el desarrollo se adapta a la organización que resulte más funcional para una determinada familia. Siguiendo esta perspectiva, la disfunción familiar se vincula de diversos modos a los procesos evolutivos debido a que la reestructuración familiar implícita durante los periodos de transición, es estresante; a que las pautas funcionales y disfuncionales se evalúan por la adecuación y al ritmo de cambio como elemento esencial para evaluar la disfunción.

A su vez, los modelos sistémicos, han concebido a la familia en términos de sistema, este sistema familiar comprende cuatro propiedades fundamentales; unidad, que se refiere a que el funcionamiento familiar (del sistema), es más que la suma del funcionamiento de cada uno de sus elementos; morfostasis, es decir el equilibrio; morfogénesis, que significa la tendencia a adaptarse a los cambios internos y externos y causalidad circular, el cual implica que una conducta A causa, o controla, a B y es causada o controlada, por B (Navarro, 1998).

Según esta perspectiva, tratar de comprender el síntoma o trastorno mental desde el concepto de unidad, implica comprenderlo desde su marco ecológico de conductas en el que se haya inmerso.

De acuerdo con Hernández (2001), la familia como sistema obedece al principio de causalidad circular, la respuesta familiar al desajuste individual es un importante factor de recuperación integrante que presenta el síntoma en una persona y que refleja un intento de su sistema familiar para adaptarse a modificaciones en su estructura interna, de su desarrollo o a exigencias del entorno en el proceso de interacción.

Para entender el sistema y funcionamiento familiar, es necesario tener en cuenta que las familias cambian en su forma y función a lo largo de su ciclo vital de manera secuencial y ordenada.

El curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas universales a pesar de las diferencias culturales. Los hechos centrales en la evolución familiar que forman parte del ciclo vital de la familia son; el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar y la muerte de algún miembro. (Carter y McGoldrick 1981, citados por Ochoa, 1995).

Según Dubai (1957) citado por Falicov (1991), para definir y dividir el ciclo vital familiar en etapas, es necesario aplicar tres criterios; 1) cambios en el tamaño de la familia, que generalmente se deben a adiciones o pérdidas de miembros y que a su vez dividen la familia en cinco etapas de expansión, estabilidad y contracción (etapa estable: matrimonio sin hijos; de expansión: procreación; estable: crianza de los hijos; de contracción: emancipación de los hijos; estable: nido vacío); 2) cambios en la composición por edades, que se definen teniendo en cuenta la edad cronológica del hijo mayor desde su infancia hasta su juventud adulta, y 3) cambios en la posición laboral de la persona o personas que sostienen la familia. Al sintetizar las categorías anteriores, se obtienen ocho etapas de desarrollo.

Olson (1983) citado por Falicov (1991) realizó una división de las etapas del ciclo vital teniendo en cuenta las edades de los hijos y los cambios correspondientes que afronta la familia a medida que ellos maduran y concluyeron siete etapas del ciclo vital familiar, estas son: 1) parejas jóvenes sin hijos, 2) familias con hijos en edad preescolar (0-5 años), 3) familias con hijos en edad escolar (6-12 años), 4) familias con hijos adolescentes (13-18 años) 5) familias con hijos en proceso de emancipación (primer

adolescente; 19 años) 6) familias con el nido vacío (todos los hijos se han ido), 7) parejas retiradas (marido mayor de 65 años).

Para estudiar metodológicamente los sistemas familiares en siete etapas de su ciclo vital es necesario tener en cuenta el modelo circumplejo, que clasifica las familias en tipos equilibrados, intermedios, o extremos. Teniendo en cuenta estas dimensiones del desarrollo puede definirse la concepción estructural-funcional de la familia como un sistema en el que las unidades (miembros) ocupan dos tipos de posiciones de rol; posiciones de rol por edad y posiciones de rol por relación.

Falicov (1991) plantea que la familia inicia una etapa evolutiva, cuando se producen cambios notables en el contenido de los roles debido a cambios de edad o de adiciones o pérdidas de miembros que a su vez exijan un reordenamiento de los roles; a su vez las tareas evolutivas, se derivan de los cambios de rol apropiados.

Para cada etapa, del ciclo vital las familias deben culminar un conjunto de tareas específicas de ella. Una transición, señala la necesidad de un cambio en la familia que le permita salir de una etapa previa y empezar a llevar a cabo las tareas de la etapa siguiente. Las transiciones corresponden a los puntos de cambio nodal, que en su mayoría entrañan modificaciones en la composición de la familia. En el crecimiento normal de una familia, éste, incluye la pérdida de viejas pautas de relación y la adquisición de nuevos aprendizajes, razón por la que puede afirmarse que las familias disfuncionales han fracasado en su proceso de individuación (definición de sí mismo en relación con otros), han perdido el equilibrio saludable y necesario entre explorar lo novedoso y mantener la seguridad de lo conocido, ya que se empeñan en preservar lo conocido.

Olson (1983) citado por Falicov (1991), afirma que las necesidades propias del desarrollo familiar cambian a medida que los hijos nacen, maduran y dejan el hogar.

Los eventos evolutivos de una generación, causan los de la otra, por tal razón, según Hernández (2001), dentro de una visión ecosistémica y circular, se plantea una relación de reciprocidad y complementariedad entre las generaciones, donde los ciclos de vida de los individuos son los hilos con los que se teje el contexto familiar, el cual a su vez le da forma al curso de la vida individual.

En el ciclo vital familiar, las necesidades individuales van cambiando y es así como el sistema familiar oscila entre periodos de gran cercanía y de gran distanciamiento, a su vez, este es un ciclo continuo pues a través de esos procesos repetitivos de crianza y salida de los hijos para formar nuevos núcleos, la familia provee un ambiente para vivir y reconstruir los procesos circulares de pertenencia, intimidad, diferenciación e individuación, en diferentes niveles generacionales. (Hernández, 2001).

Shapiro, citado por Falicov (1991), afirma que en el curso del desarrollo famliar, existe continuamente una relación recíproca entre las líneas de desarrollo individuales, sistémicas e interacciónales. Desde el punto de vista del desarrollo familiar, la identidad individual se delimita en el interior de vínculos estrechos, de manera que cambios en estos vínculos implican una reorganización del self, a su vez el self interpersonal se definirá y reintegrará en el proceso de adaptación a los cambios en la familia, durante las transiciones de su ciclo. El desarrollo de la infancia a la adultez, entraña un proceso de individuación y esta hace referencia a la definición de sí mismo en relación con otros. En el desarrollo normal de una familia, el crecimiento incluye la pérdida de viejas pautas de relación y la adquisición de nuevos aprendizajes.

A través de la historia de la terapia familiar, múltiples investigadores del funcionamiento familiar, han tratado de conocer por qué hay familias que logran afrontar las transiciones naturales y los eventos catastróficos en tanto que otras familias se bloquean o se rinden ante las dificultades. Este cuestionamiento haría referencia a las teorías del estrés familiar y crisis.

Los cambios y ajustes previsibles en el ciclo vital pueden ser tan estresantes y requerir tanto ajuste actual como los acontecimientos súbitos e inesperados. (McCubbin , Figley y Patterson (1983) citados por Falicov (1991).

El estrés, según Hernández (2001), es el desequilibrio real o percibido entre demandas y capacidades, las demandas se hacen presentes con la ocurrencia de eventos discretos o estresores y la presencia continúa de tensiones. Una fuente posible de estrés es la incompatibilidad de las tareas evolutivas entre sus miembros.

Pittman, citado por Falicov (1991), define la crisis como un periodo de cambio inminente. Las personas en crisis pueden reaccionar de diversos modos, posiblemente se echen atrás y esperen que los cambios ocurran, intentan dirigir el cambio, o encuentran a alguien a quien achacar el estado de crisis, o pidan ayuda a alguien para impedir el cambio no deseado.

El retiro del trabajo, los nidos vacíos y la suma de los progenitores son crisis muy diferentes, según afecten a matrimonios estrechamente unidos o muy distantes y formales, y a su vez tendrán consecuencias diferentes en matrimonios turbulentos e inseguros y que las familias propensas a la crisis son aquellas que poseen estructuras inestables y por ende cualquier cambio puede resultar devastador.

Joselevich, citado por Falicov (1991) sostiene que una familia en crisis, ha perdido la capacidad de restablecer el equilibrio y sufre una necesidad constante de adaptarse cambiando las pautas de interacción entre sus miembros.

Por otra parte, el estrés no produce necesariamente una crisis, la crisis ocurre cuando la familia ya no puede acceder a sus recursos y utilizarlos de manera tal que controlen y contengan fuerzas propulsoras del cambio. McCubbin y Patterson, (1983) citados por Falicov (1991), mencionan que una vez iniciada la crisis, la familia responde por lo menos a cinco tipos de estresores; a) el estresor inicial y sus penurias; b) las transiciones normativas; c) las tensiones previas; d) las consecuencias de la familia por hacer frente a la crisis; e) la ambigüedad social.

Generalmente, suelen confundirse los conceptos de crisis y emergencia. La emergencia, es un proceso repentino que requiere pronto alivio; la crisis, implica un proceso relativamente lento y los miembros de la familia sienten la crisis como pérdidas de inestabilidad intensa y cambio inminente ya que se han perdido las anteriores pautas de relación y a la falta de otras nuevas que la reemplacen; si la crisis no es resuelta, los miembros de la familia no podrán avanzar hacia etapas de desarrollo nuevas. (McCubbin y Patterson (1983) citados por Falicov (1991)).

Pittman, citado por Falicov (1991), define una crisis como la situación en un periodo de cambio inminente, donde las cosas podrían mejorar o empeorar por tal razón se le considera como una oportunidad peligrosa.

Pittman (1990) afirma que hay crisis cuando una tensión afecta a un sistema y necesita un cambio del repertorio usual del sistema. Cuando las familias se encuentran en crisis, generalmente se hallan desorganizadas, disfuncionales, carentes de rumbo u ocupadas en sus viejas rencillas. Posiblemente, los miembros de la familia traten de

eliminar la tensión de manera disfuncional que la disminuirá pero no resolverá el problema. La tensión como fuerza, tiende a distorsionar y es propia de cada sistema. "Cada crisis envuelve la interacción de la tensión y de las características de la familia, que hacen que ésta se vuelva vulnerable a una tensión particular". Las crisis pueden ser agrupadas en las siguientes categorías; desgracias inesperadas, crisis de desarrollo, crisis estructurales y crisis de desvalimiento.

Para efectos de esta investigación, se tomará la depresión como una crisis por la que determinadas familias deben atravesar.

A continuación, se exponen algunos resultados derivados de investigaciones realizadas en el área de los trastornos afectivos y su incidencia en el ámbito familiar.

Pedraza (1996) en su estudio comparativo de familias con un miembro diagnosticado como afectivo bipolar analizado desde la perspectiva sistémica, muestra las implicaciones del modelo sistémico en la investigación psicopatológica, que se interesa en averiguar cómo es el ciclo de vida familiar, cómo es su funcionamiento y debido a esta necesidad observó la dinámica de estos procesos evolutivos que realiza la familia cuando en su interior un miembro mantiene una sintomatología maniaco-depresiva y afirma que debe existir la necesidad de complejizar las perspectivas y las dimensiones humanas a fin de dar un mayor apoyo y una mejor alternativa a nuestros clientes.

A u vez, White (1986) citado por Pedraza (1996), refiere, que los terapeutas investigadores no deben minimizar las descripciones de los problemas presentados, sino que deben estar pendientes a la doble descripción de los mismos abriendo así nuevas posibilidades de solución. Siendo este, un espectro de la investigación más amplio, con una dimensión que abarca una mayor diversidad y por tanto, mayor complejidad

logrando así organizar y reorganizar la información y de esta forma alcanzar un proceso evolutivo del conocimiento, el cual es el norte de toda investigación.

Pedraza (1996) toma como dimensiones de su estudio: el funcionamiento familiar, la cohesión, la adaptabilidad, la comunicación, las fuentes y el manejo del estrés, la historia personal y la estructura familiar. En su estudio realizado a ocho familias con las características mencionadas anteriormente, pudo concluir que los síntomas son actos comunicativos que tienen una función dentro de cada red de relaciones interpersonales, tal como el de señalar que existe una perturbación al interior del sistema: conflicto conyugal, o el del esfuerzo por mantener unida la familia, o ayudar a la flexibilidad o rigidizar el sistema o señalar la presencia de transgresiones en los roles generacionales, en últimas, que existe una perturbación o alteración en el ciclo de vida del sistema en el cual permanece engrampada la familia y utilizan el síntoma como una forma de generar un cambio para lograr la homeostasis familiar y que ésta manifestación sintomática se interrelacionan a su vez con el ciclo de vida, el funcionamiento familiar el cual aborda las dimensiones mencionadas anteriormente.

Los estudios realizados en psicopatología y especialmente en el área de los trastornos afectivos, muestran como el hombre se encuentra expuesto a diferentes situaciones que en la actualidad son concebidas como estresores o factores psico-sociales que se encuentran íntimamente relacionados con el origen y evolución de la depresión y sus síntomas (Barragán, 1999).

En su investigación realizada, acerca de los factores psico-sociales familiares que inciden en la depresión de adolescentes, Barragán (1999), explica como los factores psico-sociales específicamente los familiares pueden afectar la integridad social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los valores y

soportes sociales, a su vez, estos pueden no solo afectar al sujeto sino al grupo al que pertenece y a la comunidad; igualmente cita que de acuerdo al manual diagnóstico y estadístico DSM- IV, en el eje IV se registran los problemas psico-sociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales. De esta forma puede decirse que, un problema psico-social o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresores positivos solo deben hacerse constar si constituyen a un problema o conducen a él, además de desempeñar un inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psico-sociales también pueden aparecer como una consecuencia de la psicopatología. También demuestra como hace poco tiempo la sociedad a comenzado ha mostrar atención a la importante influencia que tiene el estrés en la salud mental, debido a la cantidad de personas que empiezan a ser diagnosticadas con diferentes tipos de enfermedad mental a causa de tensiones (estrés) en cualquier contexto (familiar, laboral, recreacional) y que por lo tanto afectan su rendimiento normal. Es por esta toma de conciencia, que ha surgido la necesidad de realizar estudios acerca del estrés y los estresores como posibles favorecedores de diversas respuestas.

De acuerdo al CIE- 10 (1992) citado por Barragán (1999), las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación incluyen trastornos que se identifican no sólo por su sintomatología y el curso, sino también por uno u otro de los dos factores siguientes; antecedentes de un acontecimiento biográfico excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo, o a la presencia de un cambio vital significativo

que da lugar a situaciones desagradables persistentes que lleva a un trastorno de adaptación.

Barragán (1999) afirma que aunque situaciones de estrés psico-social más leve (acontecimientos vitales) pueden precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos, el malestar o deterioro de la actividad asociada a los trastornos adaptativos se manifiestan frecuentemente a través de una disminución de rendimiento, la disminución de la actividad social y el aumento de riesgos de suicidio.

Por otra parte, los trastornos del estado de ánimo específicamente los episodios depresivos tienden a ser recurrentes y su inicio tiende a estar acompañado de un acontecimiento o situación estresante, aunque no necesariamente sea este el factor que cause la enfermedad.

Después de la revisión bibliográfica realizada por dicho autor se concluye que es de gran importancia considerar los aspectos fundamentales los cuales establecen la depresión como una respuesta a factores psico-sociales (familia), y en los que se involucra el fenómeno del estrés, ya que está de acuerdo con la psicología dialéctica de Wallon, en la que se aborda la realidad de la comprensión del sujeto como una totalidad integradora en donde existe una mutua influencia que posibilita su desarrollo y evolución; de esta influencia recíproca entre el sujeto y el ambiente (familia) se observa la depresión como una respuesta a factores psico-sociales que actúan como estresores tensionantes y es aquí donde se integra el fenómeno del estrés.

Últimamente, se ha visto cómo los pacientes consultan frecuentemente por síntomas depresivos, según un estudio realizado por el Ministerio de Salud en 1997, se sugiere que en Colombia, el 19.4% de la población puede presentar síntomas depresivos que ameritan atención médica. (Téllez y Rodríguez, 1998).

Téllez y Rodríguez (1998) afirman que hay una relación significativa entre el estrés crónico y la enfermedad depresiva; no como una relación causa- efecto, sino como el resultado de la vulnerabilidad del individuo frente al estresor permanente, que minimiza su capacidad de adaptación y a su vez limita sus logros a nivel individual y/o laboral. La depresión, es definida como "un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o la pérdida de la capacidad para sentir placer que se acompaña de alteraciones cognoscitivas como la disminución de la capacidad para pensar o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte, sentimientos de inutilidad o de culpa y enlentecimiento psicomotor, a los cuales se suman síntomas somáticos como la pérdida o aumento de peso, el insomnio o la somnolencia, la disminución de la libido y la adinamia, que incrementan la vivencia de inseguridad que sufre el paciente deprimido".

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994), propone los siguientes criterios para el diagnóstico del Episodio Depresivo Mayor: una presencia durante un periodo mayor de dos semanas de: A. Uno de los siguientes síntomas; a) estado de ánimo depresivo; b) pérdida de interés o de la capacidad de placer. B. Cuatro de los siguientes síntomas; a) Pérdida importante de peso (sin hacer dieta) o aumento de peso; b) insomnio o hipersomnia; c) agitación o enlentecimiento psicomotor; d) fatiga o pérdida de energía; e) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados que pueden llegar a ser delirantes; f) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión; g) pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente o tentativa de suicidio. (Téllez y Rodríguez, C, 1998).

Barlow y Durand (2001) afirman que el trastorno del estado de ánimo más fácil de reconocer es el trastorno depresivo mayor de episodio único, que se define por la ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos antes o durante el episodio; si se dan

dos o más episodios depresivos mayores separados por un periodo de al menos dos meses, durante los cuales el sujeto no se deprime, se diagnostica un trastorno depresivo mayor recurrente; si no, los criterios son los mismos que para el trastorno depresivo mayor de episodio único.

Los criterios de diagnóstico para el Episodio Depresivo Mayor según el DSM-IV son los siguientes; A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, lo cual representa un cambio respecto a la actividad previa; al menos uno de los siguientes síntomas debe ser; a) estado de ánimo depresivo ó; b) pérdida del interés o capacidad de sentir placer (no se deben incluir los síntomas claramente debidos a una enfermedad médica o a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo). a)Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio paciente (Ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (Ej. llanto); disminución acusada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día (según refiere el propio paciente y observan los demás); c) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (Ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento de apetito casi cada día; d) Insomnio o hipersomnia casi cada día; e)Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido); f) Fatiga o pérdida de energía casi cada día; g)sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo); h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena); i)Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor

a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. B, Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto. C., los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. D., Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (Ej. hipotiroidismo). E., Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (Ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Barlow y Durand (2001) afirman que las personas que sufren de una depresión mayor recurrente generalmente tienen un historial familiar de depresión, a diferencia de personas que experimentan episodios depresivos únicos.

Hallazgos realizados durante los últimos años, muestran que la depresión unipolar casi siempre es una condición crónica que crece y disminuye con el tiempo pero, que pocas veces desaparece. De igual forman afirman que la edad promedio de aparición para el trastorno depresivo mayor es a los 25 años (Burke, Burke, Regier y Roe, 1990 citados por Barlow, y Durand, 2001), y de 29 para los que están en tratamiento, sin embargo, la edad de aparición está disminuyendo. Un hallazgo importante es que la incidencia de depresión y el consiguiente suicidio parecen estar incrementándose de manera regular. (Cross-National Collaborative Group, 1992; Lewinsohn, Rohde, Seeley y Fisher, 1993, citados por Barlow y Durand, 2001).

Téllez y Rodríguez (1998) afirman que el incremento en las cifras de pacientes deprimidos y en las tasas de suicidio (20 por cien mil en Colombia) es una realidad a

nivel mundial. El aumento ha sido alarmante y progresivo después de la segunda guerra mundial. Hay un aumento en las tasas de depresión, una disminución en la edad de aparición, un incremento en la frecuencia para todos los grupos de edades y elevación de la frecuencia en los hombres aún cuando persiste la prevalencia en el género femenino.

La OMS, según los autores mencionados predice que para esta década uno de cada cinco habitantes del mundo padecerá de enfermedad depresiva.

Hay múltiples explicaciones acerca de la causa y evolución de la depresión y los trastornos del estado de ánimo, sin embargo, la teoría integral, trata de unir varios modelos para dar un entendimiento global a esta enfermedad.

Barlow y Durand (2001) sostienen que la ansiedad y la depresión comparten una vulnerabilidad biológica determinada en forma genética, es decir una respuesta neurobiológica sobreactivada a los sucesos de vida estresantes.

Actualmente se piensa que los sucesos de la vida estresantes, activan a las hormonas de la tensión que, a su vez, tienen efecto de gran alcance sobre los neurotransmisores, particularmente en la serotonina y norepinefrina. Por otra parte, se cree que a largo plazo, la activación de dichas hormonas pueden estimular otros genes y causar cambios estructurales y químicos progresivos en el cerebro.

Barlow y Durand (2001) refieren que las personas que desarrollan trastornos del estado de ánimo poseen una vulnerabilidad psicológica que experimentan como sensaciones de incompetencia para afrontar las dificultades con las que se enfrentan, Chorpita y Barlow, en prensa citados por Barlow y Durand (2001), afirman que esta sensación puede desarrollarse en la infancia y ésta oscila en un continuo que va de la confianza total a una completa incapacidad de afrontamiento que se vuelve clave en el desarrollo de la depresión.

Puede concluirse entonces, que todos los factores, biológicos, psicológicos y sociales, influyen en la aparición, desarrollo y mantenimiento de los trastornos del estado de ánimo, a su vez, determinadas circunstancias psico-sociales, como las experiencias de aprendizaje tempranas, interactúan con vulnerabilidades genéticas específicas y con características de personalidad que producen una variedad de trastornos emocionales. (Barlow y Durand 2001).

Según las diferentes investigaciones realizadas, el tratamiento de los pacientes que sufren un trastorno del estado de ánimo depende de una evaluación diagnóstica completa, actualmente los tratamientos más utilizados son la farmacoterapia y la terapia individual. (Kaplan; Sadock, y Grebb, 1996).

La primera decisión que debe tomarse es si se necesita que el paciente sea hospitalizado o si puede tratarse de manera ambulatoria, esto depende del curso de la enfermedad y su pronóstico. En la última década, estudios realizados muestran que es de gran ayuda para el paciente la combinación de psicoterapia con la farmacoterapia.

La terapia familiar ayuda al paciente en su trastorno, reduce el estrés, el número de recaídas; y de la misma forma evalúa el papel de la familia en el mantenimiento de los síntomas del paciente. (Kaplan; Sadock, y Grebb, 1996).

Los trastornos depresivos, han sido estudiados y clasificados desde las diferentes orientaciones psiquiátricas. Desde una visión relacional existen unos criterios básicos para abordar los fenómenos depresivos; la parentalidad (funciones parentales) y la conyugalidad (funciones conyugales). (Linares y Campo, 2000).

Según Linares y Campo (2000) el concepto de parentalidad hace referencia a la nutrición emocional que debe existir en el contexto familiar; es decir el conjunto de funciones de socialización, reconocimiento, cariño y valoración necesarias para asegurar

la viabilidad del niño en su ecosistema y fundamentales para garantizar su consolidación como individuo. Las funciones conyugales implican una oferta relacional que excluye el componente socializador, pero incluye el reconocimiento, la valoración, el cariño y le añade el deseo.

La familia del depresivo mayor, goza de una conyugalidad armoniosa y una parentalidad deteriorada; se conservan las apariencias, dado que las funciones sociabilizantes se hayan hipertrofiadas; otra característica de la de la parentalidad en este tipo de familias, hace referencia a las funciones nutricias, estas no se cumplen debido a que están sujetas "al logro de unas inalcanzables cotas normativas". (Linares y Campo, 2000).

Las características mencionadas sientan las bases para el desarrollo de una depresión que irrumpirá en etapas más avanzadas del ciclo vital. El futuro depresivo, generalmente siente un desequilibrio afectivo, entre lo mucho que da y lo poco que recibe. Según Linares y Campo (2000), la salida viable a esta situación es la huida que generalmente se dirige hacia la búsqueda de pareja, con el fin último de encontrar una relación que garantice la función nutricional que no fue satisfecha por su familia de origen.

Debido a las exigencias vividas en su familia de origen, el depresivo, no se encuentra en condiciones de realizar una buena elección, razón por la que puede hallar un segundo desengaño e irrumpirán los síntomas depresivos. La relación de pareja demostrará los rasgos que precedieron su constitución: "el cónyuge sano, siempre más responsable, abnegado y eficaz, demuestra su magnificencia a expensas de un paciente siempre más empobrecido y desastroso, al que por otra parte, se muestra incapaz de dar la nutrición emocional que, ella sola, podría liberarlo de su marasmo". (Linares y Campo, 2000).

De acuerdo con estos autores hacerse cuidar como enfermo (complementariedad rígida), característica de la depresión mayor es la única forma que posee el depresivo para influir en su entorno.

El clima emocional que hace que surja y se mantenga la depresión es esencialmente frío y contenido, se niegan las emociones y es mal visto hablar de ellas; Linares y Campo (2000), afirman que los contenidos semánticos de la familia del depresivo están compuestos por el binomio "exigencia-fraude", es decir, el depresivo siente que le exigen demasiado y teme defraudar por lo que se espera de él, sin embargo, experimenta la sensación de ser defraudado debido a que no recibe una retribución justa por lo que ha dado; razón por lo que su vida se deriva de la responsabilidad, la necesidad de ser considerado solvente y los esfuerzos por guardar las apariencias.

Según Pittman (1990) la depresión, es un componente normal del repertorio emocional del ser humano, sin embargo, la depresión puede convertirse en una incapacidad devastadora para el individuo.

Se han dado muchas explicaciones acerca de la causa o causas de la depresión. Pittman (1990), supone que la depresión es un estado químico del cerebro al que se puede llagar por diversos caminos, algunos eventos circunstanciales, otros psicológicos, otros químicos y otros genéticos.

La depresión ocurre dentro de un contexto, cuando una persona susceptible se encuentra en una situación deprimente, y se le debe prestar atención, no solo al proceso bioquímico y al inadecuado repertorio de reacciones del deprimido, sino también al sistema que fomenta la depresión.

A menudo, la depresión se presenta como un síntoma de alguien que pide ayuda y generalmente tiene un elemento inculpatorio: “Se acusa a alguien de no preocuparse o esforzarse lo suficiente”. (Pittman 1990).

Feldman (1976) citado por Pittman (1990) propone una teoría sistémica de la depresión y describe un conjunto de transiciones. “ Durante la interacción entre los cónyuges se activan sus respectivas estructuras complementarias, lo cual conduce a pautas reiterativas de estímulo y refuerzo recíprocos. El cónyuge que ocupa la posición superior, debilita “sin querer” pero de manera insidiosa, al que ocupa la posición inferior; éste manifiesta depresión y menosprecio de sí mismo; el otro se vuelve demasiado solícito, intensificando la sensación de desvalimiento del compañero que a su vez actúa en forma, pasivo-agresiva o auto-afirmativa , el cónyuge que ocupa la posición superior lo debilita “sin querer” ... y el ciclo se repite a perpetuidad. Uno de los cónyuges siempre se muestra hostil o digno de lástima; el otro es siempre el salvador omnipotente o el objeto de una hostilidad inmerecida... y es muy posible que la depresión del compañero le resulte más agradable que su ira”.

Una atención demasiado solícita puede llevar a la depresión; esto es tan indudable como el hecho de que la compasión puede inducir a prestar una atención solícita.

En la mayoría de las familias hay algún miembro que se considera vulnerable a la depresión y con su sufrimiento retrotrae a todos los demás miembros a un acercamiento hipersolícito que los mantiene siempre a su alrededor, el miembro vulnerable impide que los demás se sientan demasiado cómodos u optimistas. El deprimido puede dominar a un cónyuge solícito, quien se muestra como el salvador, dando y sintiendo compasión por éste. (Pittman 1990).

Actualmente, la teoría del apego propone que el apego/ cuidado solícito, hace referencia a la cercanía entre un sujeto y una jerarquía de cuidadores solícitos específicos, es decir, que ciertas personas más que otras están involucradas emocionalmente. Esta ligazón afectiva complementaria se manifiesta de manera típica en el allegamiento progenitor- hijo. (Ainsworth, 1982, Soufre, 1983 citados por Falicov, C, 1991).

Un miembro deprimido, puede restringir el campo de acción emocional y funcional del resto de la familia. Los padres deprimidos "son la muerte" pues, sus hijos esperan tan solo el momento de marcharse del hogar y así tendrán la oportunidad de convertirse en la persona deprimida. El cónyuge de una persona deprimida debe sacar alguna ganancia, quizá fascinado por su poder de provocar o aliviar alternativamente un sufrimiento tan intenso, generalmente si se persiste por vivir con una persona deprimida es por temor de sentirse culpable de tener a su cargo a un suicida. En general un intento de suicidio se considera una pedida desesperada de ayuda, apunta a determinada persona que generalmente ayuda a someterla a control suicida, con el consiguiente alivio temporáneo de la depresión, pero no corrige ningún aspecto de la relación con el propio self, el mundo o el ser querido al que va dirigido.

En la mayoría de estos casos, según Pittman (1990), la familia se da por vencida y deciden que el suicidio tal vez es la mejor solución. Generalmente las personas suicidas son personas torturadas; esquizofrénicos, alcohólicos, drogadictos, ancianos enfermos o jóvenes homosexuales cuyas familias fueron incapaces de aceptar tal opción o no tuvieron oportunidad de hacerlo.

Linares y Campo (2000) sostienen que, en el suicidio el depresivo puede hallar la solución para, simultáneamente, castigarse por su insuficiencia y castigar a los demás por su desconsideración.

Pittman (1990) afirma que la depresión es un estado muy real, posiblemente se la considera como debilidad moral, pero en realidad es una falla de norepinefrina y no se la puede tratar con mimos, pues cualquier tipo de atención, sea cariñosa o no puede interrumpir o posponer el suicidio, el amor puede aliviar tan sólo las depresiones más leves.

Según lo anteriormente expuesto, la depresión puede entenderse entonces como una crisis de desvalimiento, ya que ocurre en familias en las que uno o más de sus miembros son disfuncionales y dependientes. En la dinámica familiar, según Pittman (1990), el miembro funcionalmente dependiente mantiene amarrada a la familia con sus exigencias de cuidado y atención, lo cual puede agotar los recursos de ésta.

Tal vez los miembros de la familia se preocupen por encontrar una cura echándose la culpa a sí mismos, al paciente o entre sí, impidiendo aceptar la naturaleza crónica o recurrente de estas afecciones y generalmente la resistencia de la familia para aceptar el tratamiento suele dar por resultado una recaída.

La crisis de desvalimiento más común se origina en el trato con personas cuya incapacidad física o mental es reciente y aún no ha sido del todo aceptada, por tal razón es de suma importancia establecer las necesidades específicas, de modo que los cuidados prodigados no sean exagerados ni insuficientes.

Si se entiende la depresión como un estado de crisis de desvalimiento, entonces se hace necesario entender cómo se moviliza la familia frente a esta. Según Pittman (1990), la química cerebral de los miembros de la familia es una parte fundamental del

sistema familiar y algunas de las crisis familiares más profundas se desatan cuando queda fuera de servicio el cerebro de uno de sus integrantes. Ante la imposibilidad de manejar esta situación por sí sola y con eficacia, la familia buscará la ayuda externa, aunque generalmente han tenido pocas alternativas.

La familia, intenta mantener un funcionamiento balanceado usando sus capacidades para enfrentar sus demandas o exigencias (estresores y tensiones), conforme a los significados que la familia le atribuye a dichas demandas y capacidades. (Hernández, 2001).

Para entender la teoría del estrés familiar y su afrontamiento, es necesario remitirse al modelo ABC X de estrés familiar (Hill, 1949, 1958; McCubbin y Figley, 1983) y al modelo circumplejo desarrollado por Olson y colaboradores (1982). (Falicov 1991).

El estrés familiar supone que "A" representa el hecho estresante; "B", los recursos de la familia para afrontarlo; "C", la interpretación que da la familia al hecho; y "X", el resultado o estado de crisis. (Falicov, 1991).

El modelo circumplejo, hace referencia a los tipos de familia; clasificadas en tipos equilibrados, intermedios o extremos.

Olson (1983), citado por Falicov (1991), propone tres dimensiones de la conducta familiar para describir la dinámica conyugal y familiar. El primer proceso, hace referencia a la cohesión familiar, es decir el grado de separación o conexión de un sujeto con respecto a su sistema familiar; la segunda dimensión, es la adaptabilidad familiar, que centra su atención en el grado de flexibilidad y aptitud para el cambio del sistema familiar; y por último, la comunicación familiar entre los diversos miembros.

Estas dimensiones mencionadas, han sido estudiadas por diversos terapeutas y teóricos familiares para comprender y tratar los sistemas familiares y conyugales.

A continuación, se describirá cada una de las dimensiones mencionadas.

Olson y colaboradores (1983), citado por Falicov (1991), define la cohesión familiar como "la ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí". Esta dimensión, posee cuatro niveles; desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada (muy alta). A partir de estos niveles, pude concluirse que, cuando los niveles de cohesión son altos (enmarañados), hay un exceso de identificación con la familia, razón por la que la individuación de sus miembros no es posible. En el extremo opuesto, (sistemas desvinculados), hay un elevado grado de autonomía y hay un apego o compromiso limitado a ella. En el área central, los sistemas se encuentran separados y conectados, es así como los miembros de la familia pueden experimentar la independencia y la conexión y a su vez equilibrarlas.

La adaptabilidad familiar, es definida como "la capacidad de un sistema familiar o conyugal de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta a estrés situacional o evolutivo". Se han seleccionado diversos conceptos para medir y diagnosticar parejas en esta dimensión; estos conceptos incluyen el poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles, y reglas de relación de la familia. Gracias a estos conceptos, fue posible concluir los cuatro niveles de adaptabilidad; rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada) y caótica (muy alta). (Olson, 1983, citado por Falicov, 1991). También considera que la comunicación, es una dimensión facilitadora, o esencial para el movimiento en las otras dos dimensiones. El autor mencionado, afirma que las habilidades para la comunicación positiva (empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo) facultan a las parejas para compartir sus necesidades y preferencias, en cuanto estén relacionadas con la cohesión y adaptabilidad. Al contrario, las habilidades negativas (comunicaciones de doble vínculo,

las de doble mensaje y las críticas) reducen la capacidad de los cónyuges o miembros de la familia para expresar sentimientos, razón por la que restringen su movimiento en las otras dos dimensiones. Las familias, afrontan a lo largo de su ciclo vital una considerable cantidad de estresores y tensiones, estas demandas dificultan las tareas de ajuste familiar y resolución de problemas.

Algunas familias no son capaces de manejar o solucionar las demandas y como consecuencia, presentan consecuencias como; violencia, conflictos interpersonales extremos o mala salud. A su vez, las familias que si han logrado adaptarse a las demandas del ciclo vital, son denominadas "fuertes", o capaces de salir adelante y aprender de ellas.

Para entender cómo es posible que las familias logren o no adaptarse a las demandas presentadas, es necesario tener en cuenta que; las familias sometidas a estrés, deben examinarse a lo largo de un continuo (de estrés extremadamente alto al estrés extremadamente bajo). (Olson 1983, citado por Falicov 1991).

Los recursos familiares varían según la etapa del ciclo vital y las demandas exclusivas de cada etapa y se describe los recursos más importantes que caracterizan a las familias con estrés bajo en cada etapa del ciclo vital, siendo estos; a) Parejas jóvenes sin hijos (etapa 1): acuerdo familiar, buena administración de las finanzas, comunicación satisfactoria, personalidad compatible y actividades de esparcimiento compartidas; b) Familias con hijos pequeños (etapa 2): acuerdo familiar, buena administración de las finanzas, buena comunicación, satisfacción con la familia y amigos, una red social de apoyo, satisfacción con la crianza de los hijos, valoración positiva de la relación conyugal y satisfacción con la vida; c) Familias con hijos adolescentes (etapa 3): buena administración de las finanzas, personalidad compatible, una red de apoyo constituida

por familiares y amigos, valoración positiva de la relación conyugal, relación sexual y satisfacción con la vida; d) Parejas mayores (etapa 4): buena comunicación conyugal y personalidad compatible.

El periodo más prolongado de la vida familiar y el más difícil de caracterizar hace referencia a las familias con hijos adultos, se hace difícil de caracterizar por la variedad de circunstancias que comprende, tanto en razón de su proceso evolutivo como por la complejidad de las situaciones que deben afrontar los miembros de la familia en su entorno laboral y social. (Hernández, 2001).

La forma más fácil de delimitar esta etapa es definirla a partir del momento en que el hijo mayor cumple diecinueve años. Esta etapa se caracteriza idealmente, porque al terminar con sus funciones de crianza, los padres se encuentran solos de nuevo, los hijos afianzan su propia identidad y se establecen fuera de la familia, con lo que ocurre un cambio radical en los roles y reglas familiares, de modo que la familia se reorienta hacia la satisfacción de las necesidades de la pareja de origen y hacia la redefinición de las relaciones con los hijos, los nietos, la familia extensa, los amigos y la comunidad, en función de los nuevos roles de abuelos y suegros.

Se afirma que estas son idealmente sus características, porque, al menos en Colombia, muchos padres de hijos adultos no terminan nunca sus funciones de crianza, protección y apoyo directo, nunca se quedan solos porque algunos de los hijos conviven con ellos hasta la muerte y muchas personas mayores de sesenta años no tienen derecho a la jubilación ni al retiro laboral. Además de estas circunstancias socio-demográficas y culturales, la no-separación de los hijos adultos de su familia de origen, se asocia con dificultades para asumir su autonomía y su vida, así como con el temor de algunos padres de quedarse solos, lo cual conduce a que en familias extensas convivan tres o más

generaciones y a que en muchos casos la familia de origen se convierta en el refugio de los hijos que han sufrido tropiezos en su intento de llevar una vida independiente.

Por otro lado, en una cultura como la colombiana, donde hay una marcada lealtad familiar, los hijos tienden a proteger a los padres enfermos, solos o en precaria situación económica y así se complejiza la dinámica de su familia de convivencia, en la medida en que el cónyuge y los hijos deben colaborar en el cuidado de suegros y abuelos. En algunos casos esto puede ser vivido como una oportunidad para incrementar la cohesión, pero en otros como un conflicto de lealtades que amenaza la estabilidad de la pareja y en consecuencia el acuerdo requerido para la adecuada crianza de los hijos.

Al aplicar los conceptos del modelo de ajuste y adaptabilidad familiar, se encontró en las familias colombianas una coincidencia con la descripción que hace Olson (1983), citado por Hernández (2001), de las familias norteamericanas en este estadio. Se aprecia que el grado de cohesión es apenas moderado y aun cuando en general es un poco más alto que en las familias con hijos adolescentes, tampoco llega a alcanzar un alto nivel de las primeras etapas de la vida familiar.

En la dimensión de adaptabilidad hay un mayor grado de estructuración que en las etapas anteriores, lo que puede interpretarse como la expresión de un estilo de resolución de problemas más consolidado dentro de la idiosincrasia familiar. (Hernández, 2001).

Tanto las familias clínicas como las no clínicas, experimentan en estas etapas los mayores puntajes en la acumulación de tensión, las cuales tienen como fuentes principales, como ya se ha dicho, los conflictos intrafamiliares, los embarazos de los hijos, las pérdidas, los cambios por entrada y salida de miembros del hogar, los cambios por retiro laboral, la separación o el divorcio de los hijos, la enfermedad incapacitante de alguno de sus miembros, los problemas con la ley y todas las tensiones que se derivan de

la consolidación de los trastornos psicológicos que se han iniciado en etapas anteriores, como los de tipo psicótico, psicosomático, de comportamiento y las adicciones. Las familias no clínicas utilizan como estrategia básica de afrontamiento la reestructuración, aunque en esta etapa se acentúa la búsqueda de apoyo espiritual. Por lo general los miembros tienen un importante sentimiento de orgullo por pertenecer a su familia. Al contrario, cuando se acrecientan las dificultades en las familias clínicas, acuden más al apoyo social y espiritual y experimentan que al interior de sí mismas no cuentan con los recursos necesarios para afrontar el problema; a su vez se incrementan las tendencias a la pasividad y a la evasión, con lo cual mantienen sus problemas.

Desde la perspectiva sistémica, es de gran importancia hacer énfasis en el abordaje familiar. La terapia familiar, basada en la teoría de la construcción social, cuyo medio básico para la terapia es la conversación. (McName y Gergen 1996).

Durante las dos últimas décadas las ciencias sociales han experimentado cambios debido a la influencia del pensamiento posmoderno, que cuestiona la teoría y práctica de la psicoterapia, especialmente la terapia familiar.

Según Lax citado por McNamey Gergen (1996), la psicoterapia, "es un proceso que consiste en desplazar el discurso "problemático" del cliente hacia otro discurso, más fluido, y en hacer posible una gama más amplia de interacciones"

En la terapia familiar, se reconoce al individuo dentro de un contexto, dentro de una perspectiva más moderna que posmoderna, que ve en las estructuras familiares una organización jerárquica que le es propia, la familia existe independientemente de un posible observador, el terapeuta se convierte en el experto que defiende el desarrollo familiar normativo y el crecimiento saludable de una familia.

Actualmente, el campo de la terapia familiar a tomado un giro más posmoderno, definiendo las familias como "sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significados y organizadores de problemas y se estima que los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él". La familia es una entidad flexible, compuesta por personas que comparten significados. (McName y Gergen 1996, p. 94 y 95).

Según esta perspectiva, la gente vive y entiende su vida, a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan, la gente vive en y a través de las identidades narrativas siempre cambiantes que desarrollan en la conversación. (McName, S y Gergen, K, 1996).

La tarea del terapeuta, por lo tanto, no consiste en analizar sino intentar comprender, desde la cambiante perspectiva de la experiencia vital del cliente

Método

Tipo de Diseño

La metodología empleada en esta investigación es de tipo descriptivo, a su vez, se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas para la obtención de información y análisis de resultados. Este tipo de diseño es útil debido a las características de la presente investigación ya que pretende abordar el problema planteado de una manera global, sin recurrir a reduccionismos, debido a la muestra poblacional y sus implicaciones éticas.

Valles (1999) afirma que debido a la confusión entre la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos, no debe haber una distinción entre éstos sino más bien un continuo, es decir que ambos diseños pueden ser combinados de manera metodológica y realizar un buen uso de sus técnicas, igualmente refiere la importancia del papel del

investigador, “condicionado pero a su vez libre de imprimir su sello personal mediante el diseño de estudio”

Latorre (2000) plantea que “El tipo de investigación cualitativa se utiliza como método deductivo (de la teoría para los datos), definiciones predeterminadas y operacionalizadas, la postura racionalista, la precisión a través de la medida y la manipulación de la estadística, la medida de variables, el análisis de componentes por medio de una muestra representativa”. En la presente investigación se empleó este método para analizar los datos arrojados por la prueba F-COPES.

De igual manera, el mismo autor describe: “En la investigación cualitativa se opta por el método inductivo (de los datos hacía la teoría), por definiciones que envuelven el proceso y en él se concretizan, por intuición y creatividad durante el proceso de la investigación, por conceptos que se explicitan a través de las propiedades y relaciones, por la síntesis holística y el análisis comparativo y por una muestra pequeña escogida selectivamente”. En la presente investigación se empleó este método para analizar los resultados arrojados por la entrevista semiestructurada dirigida a los familiares del paciente con depresión.

Participantes

Se recogió una muestra de 60 personas (30 parejas) que conforman familias integradas por cónyuges entre los 40 y 60, años de edad, uno de cuyos miembros ha recibido atención psiquiátrica para la depresión mayor, que han sido hospitalizados por un periodo no inferior a 10 (diez) días en el servicio de hospitalización de la Clínica psiquiátrica San Pablo de la ciudad de Bucaramanga. La muestra se tomó de forma aleatoria; no se tuvo en cuenta el nivel socioeconómico ni educativo de los participantes.

Instrumentos

Para la recolección de la información se utilizará la Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis, F- COPES de McCubbin, Olson y Larsen (1981), la cual fue diseñada para identificar la efectiva solución de problemas y las estrategias conductuales utilizadas por familias en dificultades o situaciones problemáticas. F-COPES se basa en las dimensiones de manejo exitoso de las crisis del modelo doble ABCX, en el cual se integran los siguientes factores: acumulación de fuentes de estrés, recursos familiares y sentido/percepción. Las categorías utilizadas en esta prueba son: *Apoyo Social*: Mide la habilidad de la familia para ocuparse activamente de la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos y vecinos y familia extensa. Confianza en la solución de problemas, sentimiento de habilidad para enfrentar eventos inesperados. *Reestructuración Familiar:* Evalúa la capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables. Orientación perceptual de la familia hacia las experiencias estresoras o si los puntos de vista de la familia cambian positivamente, negativamente o neutralmente. *Movilización familiar:* Para obtener y aceptar ayuda: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros. *Evaluación pasiva*: Evalúa la habilidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad enfoca sobre conductas inactivas o pasivas de la familia tales como respuestas de evitación basadas sobre la falta de confianza en la propia habilidad para alterar el resultado. *Apoyo Espiritual:* Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual. Refleja el involucramiento de la familia con actividades e ideologías religiosas para enfrentar las dificultades.

Con el fin de saber cuál es el conocimiento de las familias frente a la depresión, se diseñó una entrevista semiestructurada, que cuenta con cuatro categorías de análisis que

hacen posible contrastar los datos obtenidos por el cuestionario aplicado. Para la realización de la entrevista semiestructurada se tuvieron en cuenta cuatro categorías de análisis que permitieron guiar la entrevista de manera ordenada y realizar preguntas pertinentes para la investigación. Cada categoría de análisis está formada por una pregunta guía y varias preguntas ejemplo que serán utilizadas para la obtención de información.

Las categorías de análisis utilizadas fueron las siguientes: Significado que da la familia a la crisis depresiva, Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis, Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva, Significado que da la familia frente a la etapa actual del ciclo vital familiar. Esta entrevista, se aplicará al 15% de la población utilizada para la investigación.

Procedimiento

Esta investigación consta de las siguientes fases.

Fase I: Formulación del problema.

Durante esta fase, se tuvo en cuenta la relevancia de la sintomatología y frecuencia del trastorno depresivo mayor en las Instituciones de salud mental de la ciudad de Bucaramanga. Una de las grandes preocupaciones fue el gran número de personas, que aunque estuvieron hospitalizadas y en tratamiento farmacológico, continuaban presentando recaídas; razón por la que, esta vez la atención se centraría en el núcleo familiar, con el fin de identificar el funcionamiento y estrategias que utilizaba éste, frente a una enfermedad crónica como el Trastorno depresivo Mayor.

Fase II: Selección de la estrategia metodológica.

Con el fin de realizar una investigación, que abordara de forma completa la problemática a tratar y que estuviera acorde con los objetivos propuestos, se optó por

elegir una metodología descriptiva que utilizara técnicas cuantitativas como la aplicación de la escala F- COPES y técnicas cualitativas como la entrevista semiestructurada, que daría una visión global del núcleo familiar y por ende de sus interrelaciones; de esta forma se podría obtener la información necesaria para realizar la investigación, así como una visión global del problema planteado.

Fase III: Selección del contexto.

La presente investigación fue realizada en la Clínica San Pablo de la ciudad de Bucaramanga. Debido al planteamiento del problema, era necesario seleccionar una Institución de salud mental que abordara dicha problemática. Para realizar la Investigación, se buscó una entidad privada, que asegurara el desarrollo de la misma y permitiera el trabajo con la muestra seleccionada.

Fase IV: Aprobación de la Institución para realizar la presente investigación.

Después de realizar la selección del contexto, se pidió la aprobación de la Institución, para lo cual fue necesario presentar de manera breve el objetivo de la investigación y su relevancia; de esta manera, la dirección científica de la Clínica aceptó el proyecto y permitió trabajar con la población, a cambio de mostrar los resultados obtenidos.

Fase V: Selección de la muestra.

Durante el trabajo realizado como practicante de la Institución. La investigadora, pudo concluir que la frecuencia de personas que se encontraba hospitalizada por síntomas depresivos, abarcaba un rango de edad que oscilaba entre los 14 y 80 años de edad; sin embargo, se tuvo en cuenta el número de recaídas por año que han tenido los pacientes hospitalizados y; fue así como se tomó la adultez intermedia para realizar la presente investigación. Debido a que en esta etapa se presentaban (según historiales clínicos) más recaídas, que en otra etapa del ciclo vital familiar.

Fase VI: Citación a las familias para responder la escala.

Después de realizar la segmentación de la población, se procedió a citar parejas que cumplieran con las características requeridas para la presente investigación, Se realizaron llamadas telefónicas y las parejas asistían gratuitamente a la aplicación de la escala. De igual forma, estos mismos espacios fueron aprovechados por la investigadora para ofrecer la información necesaria a cónyuges y familiares encuestados, a fin de dar a conocer aspectos tales como: autoestima del paciente depresivo, psicología de la enfermedad, algunas implicaciones médicas de la misma, pautas de manejo del paciente depresivo, adherencia a las prescripciones médicas etc. Y para resolver dudas que fueron expuestas en una retroalimentación ofrecida, como contraprestación por la información suministrada.

Fase VII: Selección de familias para la aplicación de la entrevista.

Las familias que asistirían a la entrevista fueron seleccionadas de manera aleatoria.

Fase VIII: Citación a las familias para responder la entrevista.

Se realizaron llamadas telefónicas a las familias escogidas para responder la entrevista. Las familias asistieron a la Clínica San Pablo de la ciudad de Bucaramanga y en una sesión de una hora aproximadamente con cada familia se logró realizar la entrevista propuesta.

Fase IX: Análisis de resultados.

Durante esta fase, se vivieron tres momentos; el análisis cuantitativo de resultados, utilizando las técnicas estadísticas pertinentes; por otra parte, el análisis cualitativo de resultados, que se realizó de manera inductiva (de los datos a la teoría) y por último la integración y tabulación de datos.

Fase X: Presentación del informe final.

Después de la aprobación y correcciones realizadas a la investigación, se procedió a entregar el informe final dl estudio, para ser sometida a verificación.

Resultados

El objetivo de esta investigación fue, describir los recursos utilizados por familias integradas por cónyuges entre los 40 y 60 años de edad frente a los síntomas de depresión de uno de sus miembros, basados en los resultados de la aplicación de la prueba F- COPES y de la entrevista semi-estructurada.

A continuación se hace una presentación y análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio en el siguiente orden.

1. Organización de los datos, esta etapa corresponde a la conversión de la información recolectada a través de instrumentos; se presentan en primera instancia los datos Sociodemográficos que fueron tendidos en cuenta en el momento de realizar la presente investigación.
2. En la siguiente fase se busco reducir el volumen de los datos los cuales se ordenaron en barra y reflejan 5 categorías a saber: Apoyo Social, Reestructuración, Movilización familiar, Evaluación pasiva, Apoyo Espiritual. (Véase Figuras 3 -25), las cuales son medidas en escala lickert en la prueba F-COPES que estructuran las diferentes situaciones y vivencias a las que se enfrentan los pacientes depresivos. Como resultado de esta etapa se determinaron las categorías inductivas del estudio.
3. Posteriormente, se realiza una condensación de datos con el fin de resumir los hallazgos obtenidos (Véase Tabla 50).

4. En seguida se presentan matrices descriptivas, las cuales contienen la descripción detalladas de las entrevistas realizara al cónyuge del paciente depresivo. (Véase Tablas 1-55). a partir de la organización de los datos se inicio la etapa de caracterización inductiva.
5. Caracterización Inductiva: En esta etapa, Análisis Descriptivo de los datos: Los datos arrojados por la categorización inductiva se presentan en un diagrama de flujo (Véase Apéndice G). Finalmente, se hizo la conceptualización inductiva que resulto del análisis descriptivo.

Base de Datos de la Investigación

En seguida se presenta la base de datos correspondiente a los resultados de las pruebas aplicadas a mujeres y hombres dentro de la muestra, y los resultados resumidos en un cuadro completo sin discriminación

Base De Datos Puntajes Estandarizados

Se muestran los resultados después de su estandarización resumidos de manera tabular, primero discriminados por género y luego expuestos conjuntamente.

Base de Datos Puntajes Estandarizados Mujeres.

Estos son los resultados después de su estandarización resumidos de manera tabular, correspondientes a las respuestas de las mujeres a las pruebas.

Tabla 1

Resumen de las Respuestas Estandarizadas a las Pruebas Aplicadas a Mujeres

	Sexo	Edad	Salud	A.social	Reestrct.	Movil.	Eval. Pas.	Apoyo. Esp.	Total
1	F	43	H	44	49	13	77	40	35
2	F	42	H	32	77	71	57	0	18

3	F	50	H	44	0	89	67	28	14
4	F	40	S	32	77	71	57	100	66
5	F	58	H	99	82	99	0	5	99
6	F	45	H	8	7	57	77	40	9
7	F	53	H	32	0	89	57	100	22
8	F	58	H	71	91	57	57	73	85
9	F	48	S	37	0	57	77	5	11
10	F	49	H	50	9	99	57	40	52
11	F	48	S	71	9	44	57	40	37
12	F	46	H	97	0	23	22	73	40
13	F	43	H	86	49	97	22	40	24
14	F	52	S	14	77	71	22	28	22
15	F	43	H	99	49	99	57	40	93
16	F	40	S	27	0	97	85	100	40
17	F	57	H	86	0	89	22	73	40
18	F	57	S	50	49	23	57	5	22
19	F	48	H	0	0	0	91	73	0
20	F	42	H	99	28	99	57	100	95
21	F	42	H	8	0	0	91	73	0
22	F	47	H	32	82	89	91	100	85
23	F	57	S	99	82	99	85	100	99
24	F	58	H	50	0	97	77	100	58
25	F	41	H	32	49	99	85	100	83
26	F	60	H	44	82	89	57	73	74
27	F	48	S	65	91	71	77	0	43
28	F	58	H	71	9	57	57	40	40
29	F	49	H	97	9	89	57	73	77
30	F	42	H	44	9	31	22	73	18

Base de Datos Puntajes Estandarizados Hombres.

Estos son los resultados después de su estandarización resumidos de manera tabular, correspondientes a las respuestas de los hombres a las pruebas:

Tabla 2

Resumen de las respuestas estandarizadas a las pruebas aplicadas a hombres

	Sexo	Edad	Salud	A.social	Reestrct.	Movil.	Eval. Pas.	Apoyo. Esp.	Total
1	M	45	S	18	0	0	91	48	8
2	M	48	S	40	27	0	66	48	77
3	M	54	S	0	83	99	16	0	99

4	M	54	H	81	46	0	84	26	90
5	M	60	S	90	27	99	96	0	79
6	M	50	S	35	0	99	84	0	57
7	M	55	S	90	9	80	16	0	63
8	M	52	S	0	46	99	84	79	99
9	M	50	H	98	0	99	16	79	75
10	M	52	S	0	0	99	16	48	75
11	M	48	H	98	0	99	16	0	83
12	M	42	S	0	0	99	84	0	92
13	M	47	S	60	46	99	76	0	60
14	M	52	H	90	9	33	16	0	51
15	M	47	S	98	9	99	56	79	88
16	M	54	H	35	0	98	84	79	36
17	M	60	S	90	0	99	16	13	43
18	M	54	H	40	0	94	16	48	18
19	M	50	H	46	92	69	76	48	75
20	M	42	S	0	83	99	84	0	99
21	M	48	S	46	9	99	76	0	72
22	M	52	S	53	83	99	84	0	93
23	M	60	H	90	27	80	56	26	67
24	M	60	S	0	9	98	16	0	87
25	M	45	S	35	46	98	99	0	63
26	M	62	S	71	0	99	84	13	43
27	M	44	H	71	83	57	84	79	83
28	M	59	S	60	0	94	16	0	10
29	M	57	S	0	0	57	16	7	39
30	M	60	S	98	0	94	16	0	83

Base de Datos Puntajes Estandarizados Combinados.

Estos son los resultados después de su estandarización resumidos de manera tabular, correspondientes a las respuestas de las mujeres y de los hombres a las pruebas:

Tabla 3

Resumen Conjunto de las respuestas Estandarizadas a las Pruebas Aplicadas a Hombres y Mujeres

	Sexo	Edad	Salud	A.social	Reestrct.	Movil.	Eval. Pas.	Apoyo. Esp.	Total
1	F	43	H	44	49	13	77	40	35

2	F	42	H	32	77	71	57	0	18
3	F	50	H	44	0	89	67	28	14
4	F	40	S	32	77	71	57	100	66
5	F	58	H	99	82	99	0	5	99
6	F	45	H	8	7	57	77	40	9
7	F	53	H	32	0	89	57	100	22
8	F	58	H	71	91	57	57	73	85
9	F	48	S	37	0	57	77	5	11
10	F	49	H	50	9	99	57	40	52
11	F	48	S	71	9	44	57	40	37
12	F	46	H	97	0	23	22	73	40
13	F	43	H	86	49	97	22	40	24
14	F	52	S	14	77	71	22	28	22
15	F	43	H	99	49	99	57	40	93
16	F	40	S	27	0	97	85	100	40
17	F	57	H	86	0	89	22	73	40
18	F	57	S	50	49	23	57	5	22
19	F	48	H	0	0	0	91	73	0
20	F	42	H	99	28	99	57	100	95
21	F	42	H	8	0	0	91	73	0
22	F	47	H	32	82	89	91	100	85
23	F	57	S	99	82	99	85	100	99
24	F	58	H	50	0	97	77	100	58
25	F	41	H	32	49	99	85	100	83
26	F	60	H	44	82	89	57	73	74
27	F	48	S	65	91	71	77	0	43
28	F	58	H	71	9	57	57	40	40
29	F	49	H	97	9	89	57	73	77
30	F	42	H	44	9	31	22	73	18
31	M	45	S	18	0	0	91	48	8
32	M	48	S	40	27	0	66	48	77
33	M	54	S	0	83	99	16	0	99
34	M	54	H	81	46	0	84	26	90
35	M	60	S	90	27	99	96	0	79
36	M	50	S	35	0	99	84	0	57
37	M	55	S	90	9	80	16	0	63
38	M	52	S	0	46	99	84	79	99
39	M	50	H	98	0	99	16	79	75
40	M	52	S	0	0	99	16	48	75
41	M	48	H	98	0	99	16	0	83
42	M	42	S	0	0	99	84	0	92
43	M	47	S	60	46	99	76	0	60
44	M	52	H	90	9	33	16	0	51
45	M	47	S	98	9	99	56	79	88

46	M	54	H	35	0	98	84	79	36
47	M	60	S	90	0	99	16	13	43
48	M	54	H	40	0	94	16	48	18
49	M	50	H	46	92	69	76	48	75
50	M	42	S	0	83	99	84	0	99
51	M	48	S	46	9	99	76	0	72
52	M	52	S	53	83	99	84	0	93
53	M	60	H	90	27	80	56	26	67
54	M	60	S	0	9	98	16	0	87
55	M	45	S	35	46	98	99	0	63
56	M	62	S	71	0	99	84	13	43
57	M	44	H	71	83	57	84	79	83
58	M	59	S	60	0	94	16	0	10
59	M	57	S	0	0	57	16	7	39
60	M	60	S	98	0	94	16	0	83

Calculo de los Principales Estadísticos en las Variables de Investigación

A continuación se presentan las diferentes medidas de tendencia central y de dispersión para los puntajes estandarizados de todos los individuos de la muestra (de 60 hombres y mujeres discriminado por sexos y luego en conjunto), además se emplean gráficos de barras para describir la distribución de las variables analizadas en la investigación.

Descripción del Comportamiento de la Muestra Femenina

En este caso todos los individuos de la muestra son mujeres.

Tabla 4

Estadísticos de la Variable Edad

	N	Promedio	Moda	Desvest	Asimetria	Curtosis	Rango
	Validos						
	Perdidos						
	Statistct	Statistct	Statistc	Statistc	Statistc	Statistc Error	Statistc

	Statistct					Error		
Edad	30	0	48.80	42[a]	6.50	.339	-1.285	20
						.427	.833	

Tabla 5

Frecuencias de la Variable Edad

		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acomulado	Rela.
Valid	40	2	6.7	6.7	6.7	
	41	1	3.3	3.3	10.0	
	42	4	13.3	13.3	23.3	
	43	3	10.0	10.0	33.3	
	45	1	3.3	3.3	36.7	
	46	1	3.3	3.3	40.0	
	47	1	3.3	3.3	43.3	
	48	4	13.3	13.3	56.7	
	49	2	6.7	6.7	63.3	
	50	1	3.3	3.3	66.7	
	52	1	3.3	3.3	70.0	
	53	1	3.3	3.3	73.3	
	57	3	10.0	10.0	83.3	
	58	4	13.3	13.3	96.7	
	60	1	3.3	3.3	100.0	
	Total	30	100.0	100.0		
Total		30	100.0			

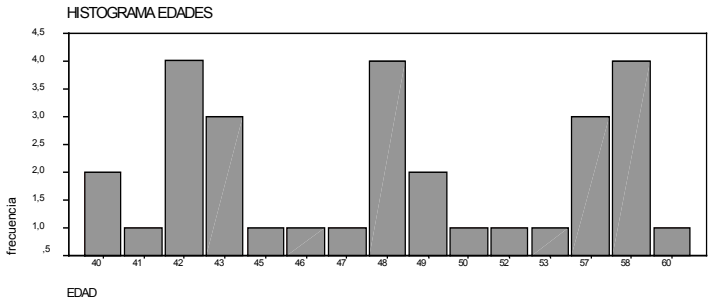


Figura 1. Distribución de las Edades en la Muestra

Según las Tablas 4-5 y la Figura 1, se puede concluir que las edades más frecuentes son 42, 48 y 58 años en la muestra femenina. Existe mayor tendencia de edades superiores a los 48. 8 años, siendo esta la edad promedio de la muestra de mujeres. Existe una moderada heterogeneidad entre las edades de las damas dentro del estudio. El 56.7% de las mujeres entrevistadas tienen a lo sumos 57 años de edad.

Tabla 6

Frecuencias de la Variable Salud

	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Valido	Frecuencia Rela. Acumulado
Valida F	22	73.3	73.3	73.3
M	8	26.7	26.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	
Total	30	100.0		

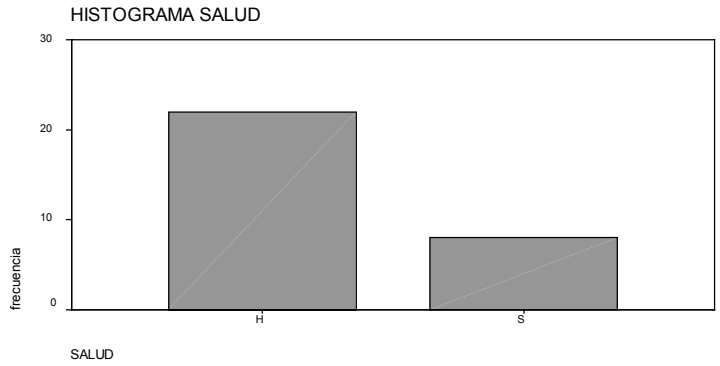


Figura 2. Distribución de la Salud en la Muestra.

La Tabla 6 y la Figura 2, permite asegurar que es mayor el número de mujeres hospitalizadas (73.3%) que las que no se han recluido por un periodo mayor de 10 días en una institución de observación (26.7%).

Tabla 7

Estadísticos de la Variable Apoyo Social

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetria		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistct	Statistct	Statistct	Statistc	Statistc	Statistc		Statistc	Error	Statistc
	Statistct					Error				
A. S	30	0	54.00	32	30.78	.136	.427	-1.094	.833	99

Tabla 8

Frecuencias de la Variable Apoyo Social

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acomulado	Rela.

Total	0	1	3.3	3.3	3.3
	8	2	6.7	6.7	10.0
	14	1	3.3	3.3	13.3
	27	1	3.3	3.3	16.7
	32	5	16.7	16.7	33.3
	37	1	3.3	3.3	36.7
	44	4	13.3	13.3	50.0
	50	3	10.0	10.0	60.0
	65	1	3.3	3.3	63.3
	71	3	10.0	10.0	73.3
	86	2	6.7	6.7	80.0
	97	2	6.7	6.7	86.7
	99	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	
Total		30	100.0		

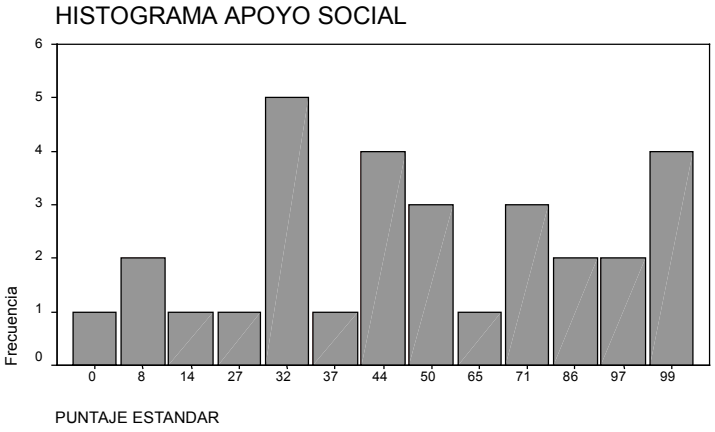


Figura 3. Distribución del Apoyo Social.

Según la Tabla 7-8 y la Figura 3, se puede apreciar que en promedio las mujeres obtuvieron un puntaje estándar de 54 puntos, por lo cual se pueden considerar como de alta tendencia a obtener apoyo social, sin embargo existe una heterogeneidad

considerable entre las respuestas de los integrantes. El puntaje más frecuente en la obtención de apoyo social es de 32, de todas formas por encima de lo normal estándar. La mitad de las mujeres en la muestra de estudio alcanzaron puntajes de a lo sumo 44 puntos estándar.

Tabla 9

Estadísticos de la Variable Reestructuración

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetria		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistct	Statistct	Statistct	Statistc	Statistc	Statistc	Error	Statistc	Error	Statistc
Reest	30	0	35.53	0	35.53	.368	.427	-1.631	.833	91

Tabla 10

Frecuencias de la Variable Reestructuración

		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid	0	9	30.0	30.0	30.0	
	7	1	3.3	3.3	33.3	
	9	5	16.7	16.7	50.0	
	28	1	3.3	3.3	53.3	
	49	5	16.7	16.7	70.0	
	77	3	10.0	10.0	80.0	
	82	4	13.3	13.3	93.3	
	91	2	6.7	6.7	100.0	

Total	30	100.0	100.0
Total	30	100.0	

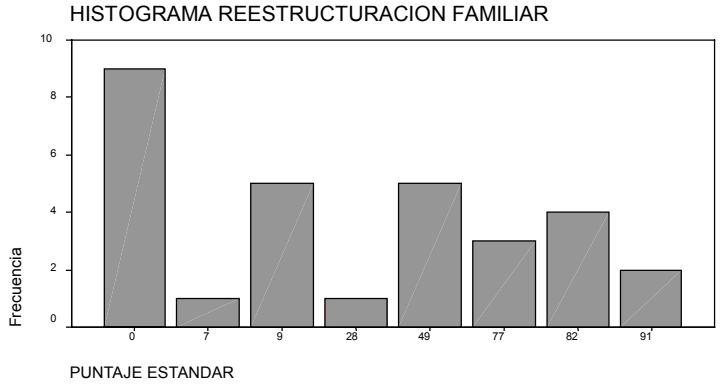


Figura 4. Distribución de la Reestructuración Familiar

Las Tablas 9-10 y la Figura 4, permiten concluir que el puntaje promedio en las mujeres es de 35.53 puntos estándar para la reestructuración, de tal manera que no se destacan de manera importante respecto a lo normal para este ítem. La mitad de la muestra de mujeres con que se trabajó, presentan a lo sumo solo 9 puntos estándar en esta escala, por lo tanto se presenta una mayor tendencia de las mujeres a cantidades inferiores a su promedio. La heterogeneidad de los puntajes para esta escala es considerable (desvest de 35.53 puntos). El puntaje más común aquí es d e 0 puntos estándar (ausencia de la reestructuración como recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia).

Tabla 11

Estadísticos de la Variable Movilización Familiar

	N	Promedio	Moda	Desvest	Asimetria	Curtosis	Rango
Validos							

	Perdidos									
	Statistct	Statistct	Statistc	Statistc	Statistc		Statistc	Error	Statistc	
	Statistct					Error				
Movil	30	0	68.83	89[a]	32.00	-.917	.427	-.353	.833	99

Tabla 12

Tabla de Frecuencias de la Variable Movilización Familiar

		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validación	Frec. Acomulado	Rela.
Valid	0	2	6.7	6.7	6.7	
	13	1	3.3	3.3	10.0	
	23	2	6.7	6.7	16.7	
	31	1	3.3	3.3	20.0	
	44	1	3.3	3.3	23.3	
	57	4	13.3	13.3	36.7	
	71	4	13.3	13.3	50.0	
	89	6	20.0	20.0	70.0	
	97	3	10.0	10.0	80.0	
	99	6	20.0	20.0	100.0	
	Total	30	100.0	100.0		
Total		30	100.0			

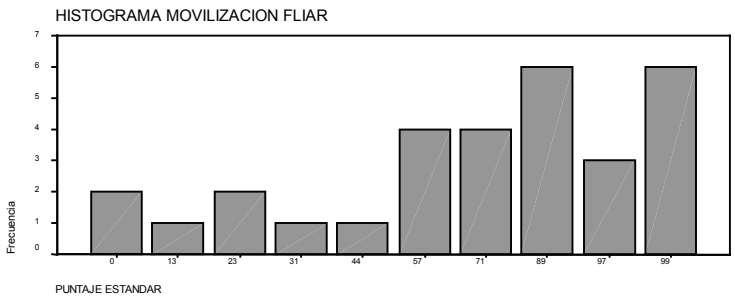


Figura 5. Distribución de la Movilización Familiar.

Según las Tablas 11-12 y la Figura 5, se puede concluir que la movilización familiar para obtener y aceptar ayuda es muy acentuada por parte de las mujeres (con un promedio de 68.83 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 32 puntos). EL puntaje más frecuente para este ítem es el de 89 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -0.353).

Tabla 13

Estadísticos de la Variable Evaluación Pasiva

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetría		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistic Statistct		Statistic	Statistc	Statistc	Statistc	Error	Statistic Error		Statistc
Ev. P	30	0	59.13	57	24.32	-.731	.427	-1.104	.833	91

Tabla 14

Frecuencias de la Variable Evaluación Pasiva

		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validación	Frec. Acumulado	Rela.
Valid	0	1	3.3	3.3	3.3	
	2	5	16.7	16.7	20.0	

57	12	40.0	40.0	60.0
67	1	3.3	3.3	63.3
77	5	16.7	16.7	80.0
85	3	10.0	10.0	90.0
91	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	
Total	30	100.0		

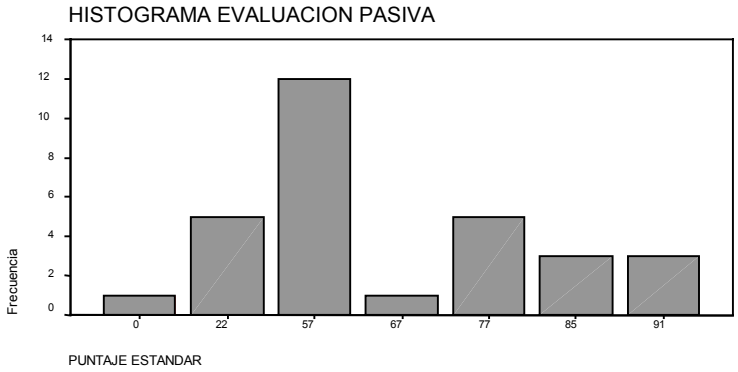


Figura 6. Distribución de la Evaluación Pasiva.

Según las Tablas 13-14 y la Figura 6, se puede concluir que la evaluación pasiva ante problemas es muy acentuada por parte de las mujeres (con un promedio de 59.13 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 24.32 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 57 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -0.104). A lo sumo el 60% de las mujeres entrevistadas obtuvieron una calificación por debajo de las 57 puntos para este ítem.

Tabla 15

Estadísticos de la Variable Búsqueda Apoyo Espiritual

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetria		Curtosis		Rango
	Validos	Perdidos								
	Statistct	Statistct	Statistct	Statistc	Statistc	Statistc	Error	Statistc	Error	Statistc
A. Es	30	0	57.83	73[a]	34.81	-.258	.427	-1.206	.833	100

Tabla 16

Frecuencias de la Variable Búsqueda Apoyo Espiritual

		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acomulado	Rela.
Valid	0	2	6.7	6.7	6.7	
	5	3	10.0	10.0	16.7	
	28	2	6.7	6.7	23.3	
	40	7	23.3	23.3	46.7	
	73	8	26.7	26.7	73.3	
	100	8	26.7	26.7	100.0	
	Total	30	100.0	100.0		
Total		30	100.0			

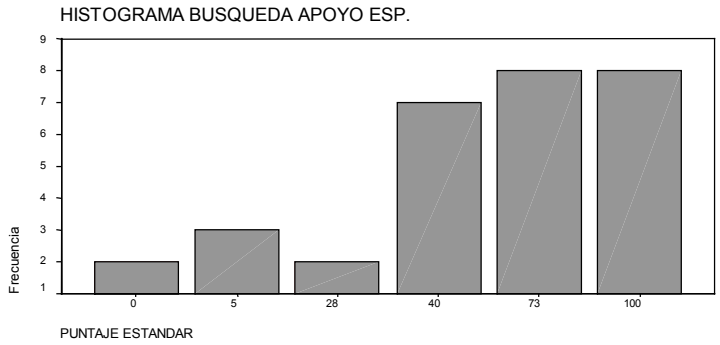


Figura 7. Distribución de la Búsqueda Apoyo Espiritual.

Según las Tablas 15-16 y la Figura 7, se puede concluir que la búsqueda de apoyo espiritual ante problemas es muy acentuada por parte de las mujeres (con un promedio de 57.83 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 34.81 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 73 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.206). A lo sumo el 46.7% de las mujeres entrevistadas obtuvieron una calificación por debajo de las 40 puntos para este ítem.

Tabla 17

Estadísticos del Total

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetria		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistic		Statistic	Statistc	Statistc	Statistic		Statistc	Error	Statistc
	Statistct					Error				
Total	30	0	46.70	40	31.59	.316	.427	-1.221	.833	99

Tabla 18

Tabla de Frecuencias del Total

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Rela. Acumulado
Valid 0	2	6.7	6.7	6.7
9	1	3.3	3.3	10.0
11	1	3.3	3.3	13.3
14	1	3.3	3.3	16.7
18	2	6.7	6.7	23.3
22	3	10.0	10.0	33.3
24	1	3.3	3.3	36.7
35	1	3.3	3.3	40.0
37	1	3.3	3.3	43.3
40	4	13.3	13.3	56.7
43	1	3.3	3.3	60.0
52	1	3.3	3.3	63.3
58	1	3.3	3.3	66.7
66	1	3.3	3.3	70.0
74	1	3.3	3.3	73.3
77	1	3.3	3.3	76.7
83	1	3.3	3.3	80.0
85	2	6.7	6.7	86.7
93	1	3.3	3.3	90.0
95	1	3.3	3.3	93.3
99	2	6.7	6.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	
Total	30	100.0		

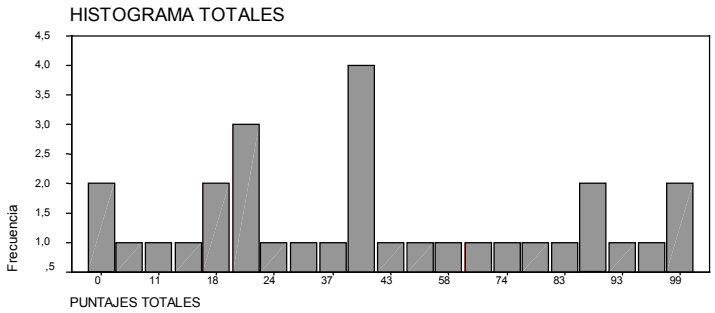


Figura 8. Distribución del Total.

Según las Tablas 17-18 y la Figura 8, se puede concluir que la capacidad de las mujeres dentro de las familias en estudio para sobrellevar los problemas ocasionados por la depresión de uno de sus miembros, es baja por parte de las mujeres (con un promedio de 46.70 puntos), de tal manera que no superan el comportamiento normal. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 31.59 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 40 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes totales de las mujeres en la prueba por ubicarse a la izquierda del promedio general (kurtosis de -1.221). A lo sumo el 56.7% de las mujeres entrevistadas obtuvieron una calificación total por debajo de los 40 puntos.

Descripción del Comportamiento de la Muestra Masculina

En este caso todos los individuos de la muestra son hombres.

Tabla 19

Estadísticos de la Variable Edad

	N	Promedio	Moda	Desvest	Asimetría	Curtosis	Rango
Validos							
Perdidos							

	Statistic Statistct		Statistic	Statistc	Statistc	Statistic Error		Statistc Error		Statistc
Social	30	0	52.10	60	5.84	-.023	.427	-.933	.833	20

Tabla 20

Frecuencias de la Variable Edad

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Rela. Acumulado
Valid 42	2	6.7	6.7	6.7
44	1	3.3	3.3	10.0
45	2	6.7	6.7	16.7
47	2	6.7	6.7	23.3
48	3	10.0	10.0	33.3
50	3	10.0	10.0	43.3
52	4	13.3	13.3	56.7
54	4	13.3	13.3	70.0
55	1	3.3	3.3	73.3
57	1	3.3	3.3	76.7
59	1	3.3	3.3	80.0
60	5	16.7	16.7	96.7
62	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	
Total	30	100.0		

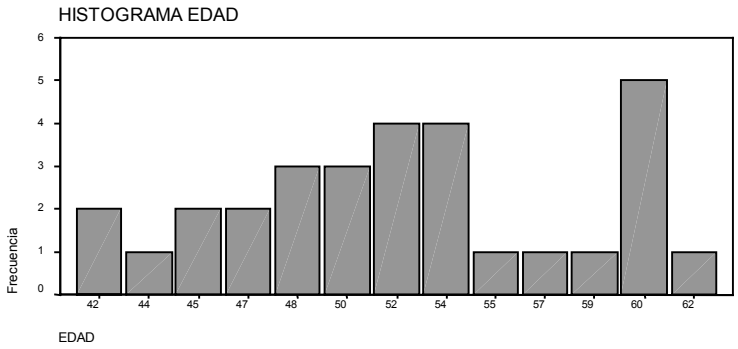


Figura 9. Distribución de las Edades en la Muestra.

Según las Tablas 19-20 y la Figura 9, se puede concluir que las edades más frecuentes son 52, 54 y 60 años en la muestra masculina. Existe mayor tendencia de edades superiores a los 52.1 años, siendo esta la edad promedio de la muestra de hombres. Existe una moderada heterogeneidad entre las edades de los caballeros dentro del estudio. El 56.7% de los hombres entrevistados tienen a lo sumos 52 años de edad.

Tabla 21

Frecuencias de la Variable Salud

	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Valido	Frecuencia Rela. Acumulado
Valida F	9	30.0	30.0	30.0
M	21	70.0	70.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	
Total	30	100.0		

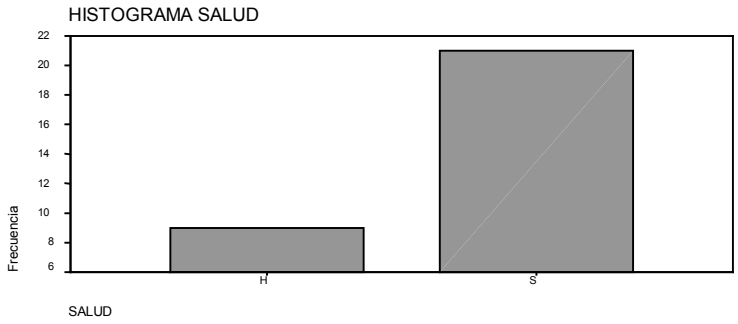


Figura 10. Distribución de la Salud en la Muestra.

La Tabla 21 y la Figura 10, permite asegurar que es mayor el número de hombres que no han sido hospitalizados por un periodo mayor de 10 días en una institución (70%) que quienes si lo han sido (30%).

Tabla 22

Estadísticos de la Variable Apoyo Social

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetria		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistct		Statistct	Statistc	Statistc	Statistc		Statistc	Error	Statistc
	Statistct					Error				
A. S	30	0	51.10	0	36.51	-.178	.427	-1.402	.833	98

Tabla 23

Frecuencias de la variable Apoyo social

	Frecuencia	Frecuencia	Validacion	Frec.	Rela.
	Absoluta	Relativa		Acomulado	

Valid 0	7	23.3	23.3	23.3
18	1	3.3	3.3	26.3
35	3	10.0	10.0	36.7
40	2	6.7	6.7	43.3
46	2	6.7	6.7	50.0
53	1	3.3	3.3	53.3
60	2	6.7	6.7	60.0
71	2	6.7	6.7	66.7
81	1	3.3	3.3	70.0
90	5	16.7	16.7	86.7
98	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	
Total	30	100.0		

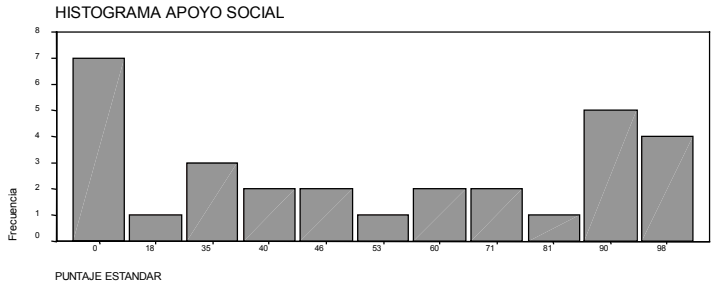


Figura 11. Distribución del Apoyo Social.

Según las Tablas 22-23 y la Figura 11, se puede apreciar que en promedio los hombres obtuvieron un puntaje promedio estándar de 51.1 puntos, por lo cual se pueden considerar como de alta tendencia a obtener apoyo social, sin embargo existe una heterogeneidad considerable entre las respuestas de los integrantes. El puntaje más frecuente en la obtención de apoyo social es de 0, de todas formas por abajo de lo normal estándar. La mitad de los hombres en la muestra de estudio alcanzaron puntajes de a lo sumo 46 puntos estándar.

Tabla 24

Estadísticos de la Variable Reestructuración

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetria		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistct	Statistct	Statistct	Statistc	Statistc	Statistc		Statistc	Error	Statistc
		Statistct					Error			
Reest.	30	0	24.47	0	31.69	1.093	.427	-2.42	.833	92

Tabla 25

Frecuencias de la Variable Reestructuración

		Frecuencia	Frecuencia Relativa	Valido	Frecuencia Rela. Acumulado
Valida	F	13	43.3	43.3	43.3
	M	5	16.7	16.7	60.0
	Total	3	10.0	10.0	70.0
Total		4	13.3	13.3	83.3
		4	3.3	3.3	96.7
		1	100.0	100.0	100.0
		30	100.0		
		30			

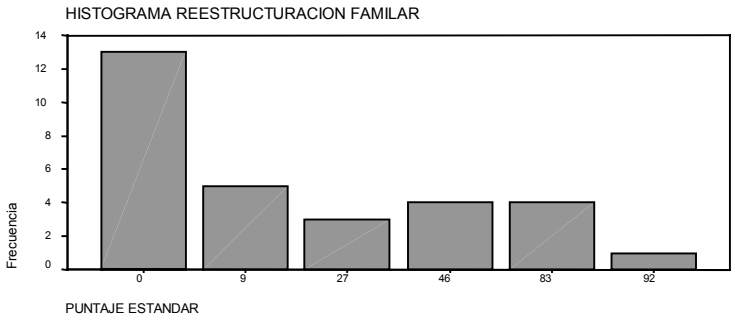


Figura 12. Distribución de la reestructuración Familiar.

Las Tablas 24-25 y la Figura 12, permiten concluir que el puntaje promedio en los hombres es de 24.47 puntos estándar para la reestructuración, de tal maneraque no se destacan de manera importante respecto a lo normal para este ítem. El 60% de la muestra de hombres con que se trabajó, presentan a lo sumo solo 9 puntos estándar en esta escala, por lo tanto se presenta una mayor tendencia de los hombres a cantidades inferiores a su promedio. La heterogeneidad de los puntajes para esta escala es considerable (desvest de 31.89 puntos). El puntaje más común aquí es d e 0 puntos estándar (ausencia de la reestructuración como recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia).

Tabla 26

Estadísticos de la Variable Movilización Familiar

	N	Promedio	Moda	Desvest	Asimetria	Curtosis	Rango
	Validos						
	Perdidos						
	Statistct	Statistct	Statistc	Statistc	Statistc	Statistc Error	Statistc
	Statistct				Error		

Movil	30	0	81.23	99	31.90	-.1.873	2.337	.833	99
						.427			

Tabla 27

Frecuencias de la Variable Movilización Familiar

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid 0	3	10.0	10.0	10.0	
33	1	3.3	3.3	13.3	
57	2	6.7	6.7	20.0	
69	1	3.3	3.3	23.3	
80	2	6.7	6.7	30.0	
94	3	10.0	10.0	40.0	
98	3	10.0	10.0	50.0	
99	15	50.0	50.0	100.0	
Total	30	100.0	100.0		
Total	30	100.0			

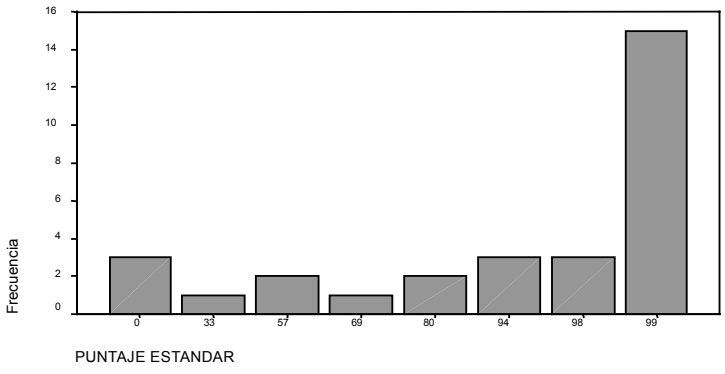


Figura 13. Distribución de la Movilización Familiar.

Según las Tablas 26-27 y la Figura 13, se puede concluir que la movilización familiar para obtener y aceptar ayuda es muy acentuada por parte de los hombres (con un promedio de 81.23 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 31.9 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 99 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la derecha del promedio (kurtosis de 2.337).

Tabla 28

Estadísticos de la Variable Evaluación Pasiva

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetría		Kurtosis		Rango
	Validos	Perdidos								
	Statistic	Statistic		Statistc	Statistc	Statistc		Statistc	Error	Statistc
	Statistic					Error				
Ev. P	30	0	54.67	16	33.31	-.230	.427	-1.868	.833	83

Tabla 29

Frecuencias de la Variable Evaluación Pasiva

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid 16	12	40.0	40.0	40.0	
56	2	6.7	6.7	46.7	
66	1	3.3	3.3	50.0	
76	3	10.0	10.0	60.0	
84	9	30.0	30.0	90.0	

91	1	3.3	3.3	93.3
96	1	3.3	3.3	96.7
99	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	
Total	30	100.0		

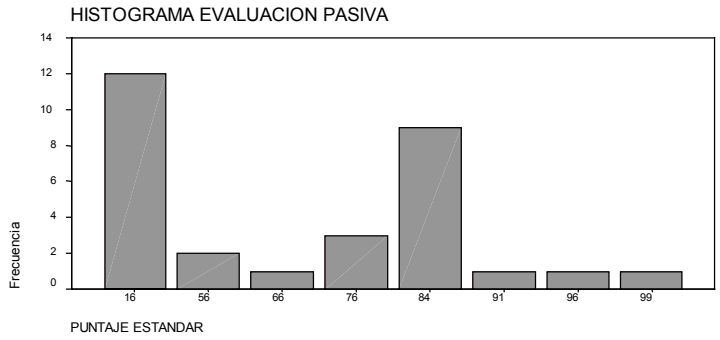


Figura 14. Distribución de la Evaluación Pasiva.

Según las Tablas 28-29 y la Figura 14, se puede concluir que la evaluación pasiva ante problemas es muy acentuada por parte de los hombres (con un promedio de 54.67 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 33.31 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 16 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.868). A lo sumo el 50% de los hombres entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de los 66 puntos para este ítem.

Tabla 30

Estadísticos de la Variable Búsqueda Apoyo Espiritual

	N	Promedio	Moda	Desvest	Asimetría	Curtosis	Rango

	Validos									
	Perdidos									
	Statistic		Statistic	Statistc	Statistc	Statistc Error		Statistc Error		Statistc
	Statistct									
A. Es	30	0	24.00	0	30.62	.883	.427	-.803	.833	79

Tabla 31

Frecuencias de la Variable Búsqueda Apoyo Espiritual

	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Valido	Frecuencia Rela. Acumulado
Valida F	15	50.0	50.0	50.0
M	1	3.3	3.3	53.3
Total	2	6.7	6.7	60.0
Total	2	6.7	6.7	66.7
	5	16.7	16.7	83.3
	5	16.7	16.7	100.0
	30	100.0	100.0	
	30	100.0		

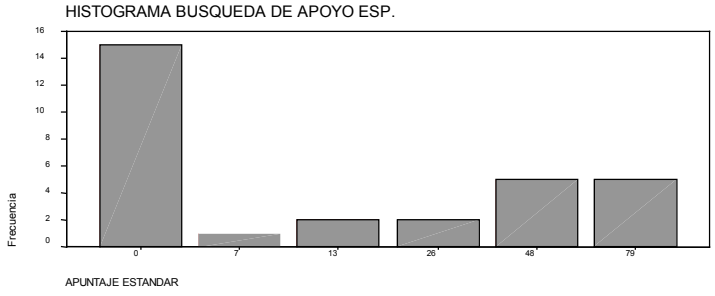


Figura 15. Distribución de la Búsqueda Apoyo Espiritual.

Según las Tablas 30-31 y la Figura 15, se puede concluir que la búsqueda de apoyo espiritual ante problemas es muy acentuada por parte de los hombres (con un promedio de 24 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 30.62 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 0 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -0.803). A lo sumo el 53.3% de los hombres entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de las 7 puntos para este ítem.

Tabla 32

Estadísticos del Total

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetria		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistct	Statistct	Statistct	Statistc	Statistc	Statistc	Error	Statistc	Error	Statistc
Total	30	0	66.90	75[a]	25.89	-.072	.427	.008	.833	91

Tabla 33

Frecuencias del Total.

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acomulado	Rela.
Valid 8	1	3.3	3.3	3.3	
10	1	3.	3.	6.7	
18	1	3.3	3.3	10.0	

36	1	3.3	3.3	13.3
39	1	3.3	3.3	16.7
43	2	6.7	6.7	23.3
51	1	3.3	3.3	26.7
57	1	3.3	3.3	30.0
60	1	3.3	3.3	33.3
63	2	6.7	6.7	40.0
67	1	3.3	3.3	43.3
72	1	3.3	3.3	46.7
75	3	10.0	10.0	56.7
77	1	3.3	3.3	60.0
79	1	3.3	3.3	63.3
83	3	10.0	10.0	73.3
87	1	3.3	3.3	76.7
88	1	3.3	3.3	80.0
90	1	3.3	3.3	83.3
92	1	3.3	3.3	86.7
93	1	3.3	3.3	90.0
99	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	
Total	30	100.0		

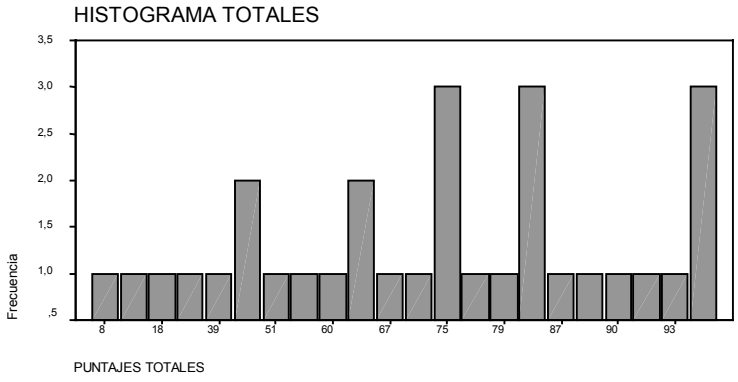


Figura 16. Distribución del Total.

Según las Tablas 32-33 y la Figura 16, se puede concluir que la capacidad de los hombres dentro de las familias en estudio para sobrellevar los problemas ocasionados por la depresión de uno de sus miembros, es baja (con un promedio de 56.90 puntos), de tal manera que no superan el comportamiento normal. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 25.89 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 75 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes totales de los hombres en la prueba por ubicarse a la derecha del promedio general (kurtosis de 0.008). A lo sumo el 56.7% de los hombres entrevistados obtuvieron una calificación total por debajo de los 75 puntos.

Descripción del Comportamiento de la Muestra Combinada Hombres y Mujeres Conjuntamente

Tabla 34

Frecuencia de la Clasificación de la Muestra por Sexo

	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Valido	Frecuencia Rela. Acumulado
Valida F	30	50.0	50.0	50.0
M	30	50.0	50.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	
Total	60	100.0		

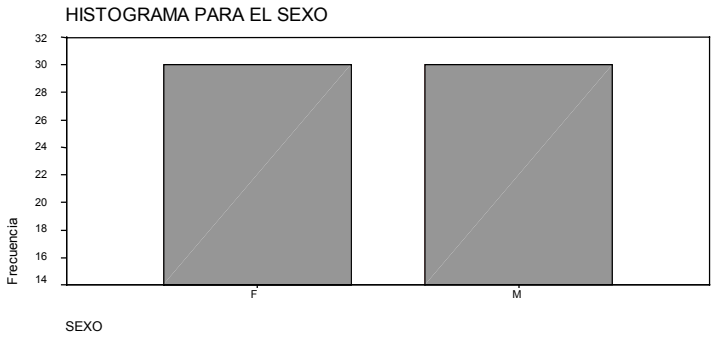


Figura 17. Distribución de la clasificación de la muestra por sexo.

Según la Tabla 34 y la Figura 17, se resalta que se tuvieron en cuenta tamaños iguales de muestras entre hombres y mujeres, de hecho son 30 parejas de esposos.

Tabla 35

Estadísticos de la variable edad

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetría		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistic		Statistic	Statistc	Statistc	Statistc	Error	Statistc	Error	Statistc
	Statistct									
Edad	60	0	50.45	48	6.35	.102	.309	-1.177	.608	22

Tabla 36

Frecuencias de la variable edad

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid 40	2	3.3	3.3	3.3	
41	1	1.7	1.7	5.0	
42	6	10.0	10.0	15.0	

43	3	5.0	5.0	20.0
44	1	1.7	1.7	21.7
45	3	5.0	5.0	26.7
46	1	1.7	1.7	28.3
47	3	5.0	5.0	33.3
48	7	11.7	11.7	45.0
49	2	3.3	3.3	48.3
50	4	6.7	6.7	55.0
52	5	8.3	8.3	63.3
53	1	1.7	1.7	65.0
54	4	6.7	6.7	71.7
55	1	1.7	1.7	73.3
56	4	6.7	6.7	80.0
57	4	6.7	6.7	86.7
58	1	1.7	1.7	88.3
59	6	10.0	10.0	98.3
60	1	1.7	1.7	100.0
62	60	100.0	100.0	
Total	60	100.0		

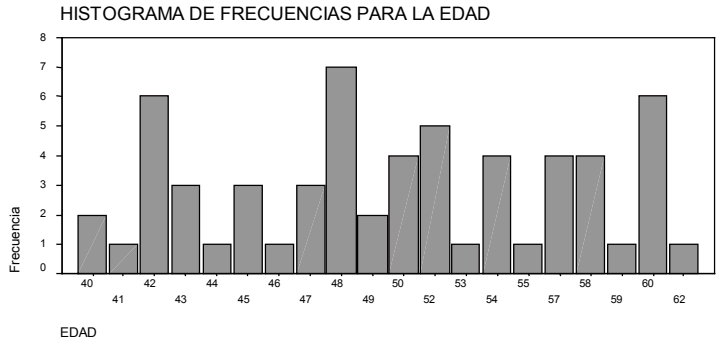


Figura 18. Distribución de las Edades en la Muestra.

Según las Tablas 35-36 y la Figura 18, se puede concluir que las edades más frecuentes son 42, 48 y 60 años en la muestra total. Existe mayor tendencia de edades superiores a los 50.45 años, siendo esta la edad promedio de la muestra completa. Existe una moderada heterogeneidad entre las edades de los individuos dentro del estudio. El 55% de los individuos entrevistados tienen a lo sumos 50 años de edad.

Tabla 37

Frecuencias de la Variable Salud

	Frecuencia	Frec. Relativa	Valido	Frec. Rela. Acumulado
Valid H	31	51.7	51.7	51.7
M	29	48.3	48.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	
Total	60			

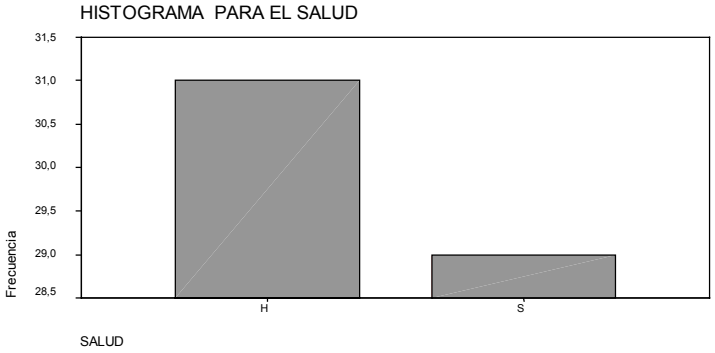


Figura 19. Distribución de la Salud en la Muestra.

La Tabla 37 y la Figura 19, permiten asegurar que es mayor el número de personas que han sido hospitalizados por un periodo mayor de 10 días en una institución (51.7%) que quienes si lo han sido (48.3%).

Tabla 38

Estadísticos de la variable Apoyo social

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetría		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistic		Statistic	Statistc	Statistc	Statistc	Error	Statistc	Error	Statistc
	Statistct									
Social	60	0	52.55	0	33.51	-.082	.309	-1.204	.608	99

Tabla 39

Tabla de Frecuencias de la Variable Apoyo Social

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid 0	8	13.3	13.3	13.3	
8	2	3.3	3.3	16.7	
14	1	1.7	1.7	18.3	
18	1	1.7	1.7	20.0	
27	1	1.7	1.7	21.7	
32	5	8.3	8.3	30.0	
35	3	5.0	5.0	35.0	
37	1	1.7	1.7	36.7	
40	2	3.3	3.3	40.0	
44	4	6.7	6.7	46.7	
46	2	3.3	3.3	50.0	
50	3	5.0	5.0	55.0	

53	1	1.7	1.7	56.7
60	2	3.3	3.3	60.0
65	1	1.7	1.7	61.7
71	5	8.3	8.3	70.0
81	1	1.7	1.7	71.7
86	2	3.3	3.3	75.0
90	5	8.3	8.3	83.3
97	2	3.3	3.3	86.7
98	4	6.7	6.7	93.3
99	4	6.7	6.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	
Total	60	100.0		

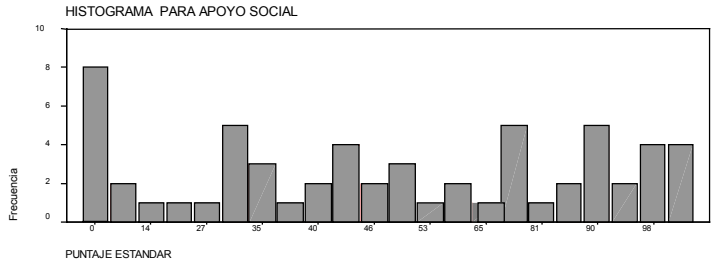


Figura 20. Distribución del apoyo social.

Según las Tablas 38-39 y la Figura 20, se puede apreciar que en promedio los individuos obtuvieron un puntaje promedio estándar de 52.55 puntos, por lo cual se pueden considerar como de alta tendencia a obtener apoyo social, sin embargo existe una heterogeneidad considerable entre las respuestas de los integrantes. El puntaje más frecuente en la obtención de apoyo social es de 0, de todas formas por abajo de lo normal estándar. La mitad de los individuos en la muestra de estudio completa alcanzaron puntajes de a lo sumo 46 puntos estándar.

Tabla 40

Estadísticos de la variable Reestructuración

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetría		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistic		Statistic	Statistc	Statistc	Statistc	Error	Statistc	Error	Statistc
	Statistic									
Reest.	60	0	30.0	0	33.84	.685	.309	-1.172	.608	99

Tabla 41

Frecuencias de la Variable Reestructuración

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid 0	22	36.7	36.7	36.7	
7	1	1.7	1.7	38.3	
9	10	16.7	16.7	55.0	
27	3	5.0	5.7	60.0	
28	1	1.7	1.7	61.7	
46	4	6.7	6.7	68.3	
49	5	8.3	8.3	76.7	
77	3	5.0	5.0	81.7	
82	4	6.7	6.7	88.3	
83	4	6.7	6.7	95.0	
91	2	3.3	3.3	98.3	
92	1	1.7	1.7	100.0	
Total	60	100.0	100.0		
Total	60	100.0			

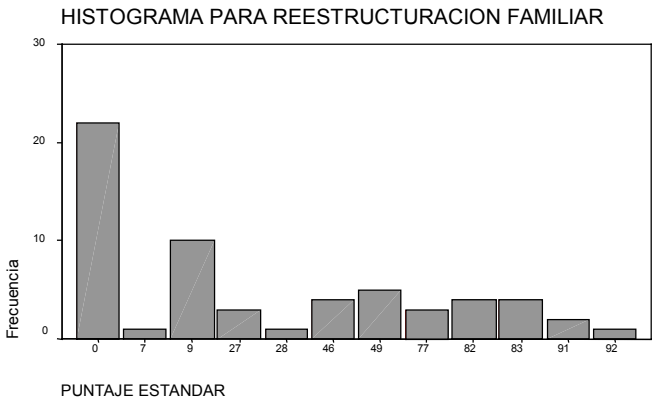


Figura 21. Distribución de la Reestructuración Familiar.

Las Tablas 40-41 y la Figura 21, permiten concluir que el puntaje promedio en los individuos es de 30 puntos estándar para la reestructuración, de tal manera que no se destacan de manera importante respecto a lo normal para este ítem en ambos sexos. El 60% de la muestra de los individuos con que se trabajó, presentan a lo sumo solo 27 puntos estándar en esta escala, por lo tanto se presenta una mayor tendencia de los individuos a cantidades inferiores a su promedio. La heterogeneidad de los puntajes para esta escala es considerable (desvest de 33.84 puntos). El puntaje más común aquí es de 0 puntos estándar (ausencia de la reestructuración como recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia).

Tabla 42

Estadísticos de la Variable Movilización Familiar

	N	Promedio	Moda	Desvest	Asimetría	Curtosis	Rango
Validos							
Perdidos							
	Statistic	Statistic	Statistc	Statistc	Statistc Error	Statistc Error	Statistc Statistic

Movi.	60	0	75.03	99	32.29	-1.283	.309	.387	.608	99

Tabla 43

Frecuencias de la Variable Movilización Familiar

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Rela. Acumulado
Valid 0	5	8.3	8.3	8.3
13	1	1.7	1.7	10.0
23	2	3.3	3.3	13.3
31	1	1.7	1.7	15.0
33	1	1.7	1.7	16.7
44	1	1.7	1.7	18.3
57	6	10.0	10.0	28.3
69	1	1.7	1.7	30.0
71	4	6.7	6.7	36.7
80	2	3.3	3.3	40.0
89	6	10.0	10.0	50.0
94	3	5.0	5.0	55.0
97	3	5.0	5.0	60.0
98	3	5.0	5.0	65.0
99	21	35.0	35.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	
Total	60	100.0		

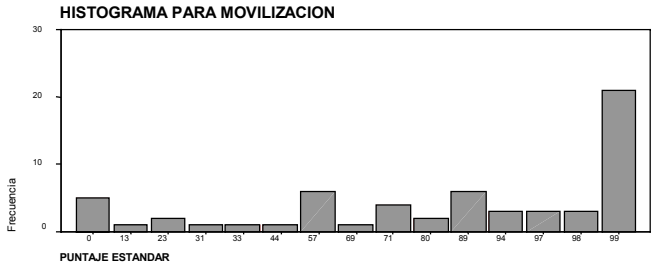


Figura 22. Distribución de la Movilización Familiar.

Según las Tablas 42-43 y la Figura 22, se puede concluir que la movilización familiar para obtener y aceptar ayuda es muy acentuada por parte de las familias (con un promedio de 75.03 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal de ambos sexos. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 32.29 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 99 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la derecha del promedio (kurtosis de 0.387).

Tabla 44

Estadísticos de la variable evaluación pasiva

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetría		Kurtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistic		Statistic	Statistc	Statistc	Statistc		Statistc	Error	Statistc
	Statistct					Error				
Ev. P.	60	0	56.90	16	29.00	-.443	.309	-1.294	.608	99

Tabla 45

Tabla de Frecuencias de la Variable Evaluación Pasiva

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid 0	1	1.7	1.7	1.7	
16	12	20.0	20.0	21.7	
22	5	8.3	8.3	30.0	
56	2	3.3	3.3	33.3	
57		20.0	20.0	53.3	
66	12	1.7	1.7	55.0	
67	1	1.7	1.7	56.7	
76	1	5.0	5.0	61.7	
77	3	8.3	8.3	70.0	
84	5	15.0	15.0	85.0	
85	9	5.0	5.0	90.0	
91	3	6.7	6.7	96.7	
96	4	1.7	1.7	98.3	
99	1	1.7	100.0	100.0	
Total	1	100.0			
Total	60	100.0			
	60				

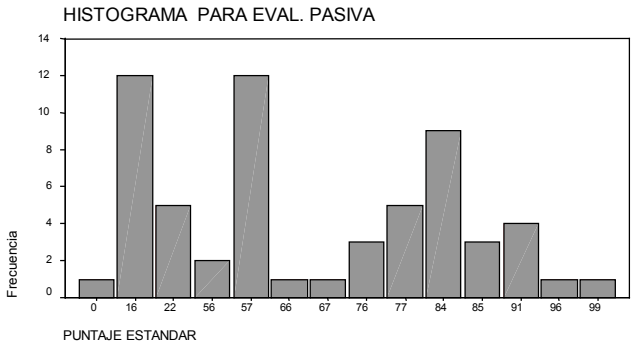


Figura 23. Distribución de la evaluación pasiva.

Según las Tablas 44-45 y la Figura 23, se puede concluir que la evaluación pasiva ante problemas es muy acentuada por parte de los individuos (con un promedio de 56.90 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal para ambos sexos. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 29 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 16 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.294). A lo sumo el 53.3% de los individuos entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de los 57 puntos para este ítem.

Tabla 46

Estadísticos de la Variable Búsqueda Apoyo Espiritual

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetría		Curtosis	Rango
	Validos								
	Perdidos								
	Statistic		Statistic	Statistc	Statistc	Statistc	Error	Statistc Error	Statistc
	Statistct								
A. Es	60	0	40.92	0	36.71	.282	.309	-1.383	100
								.608	

Tabla 47

Frecuencias de la Variable Búsqueda Apoyo Espiritual

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid 0	17	28.3	28.3	28.3	

5	3	5.0	5.0	33.3
7	1	1.7	1.7	35.0
13	2	3.3	3.3	38.3
26	2	3.3	3.3	41.7
28	2	3.3	3.3	45.0
40	7	11.7	11.7	56.7
48	5	8.3	8.3	65.0
73	8	13.3	13.3	78.7
79	5	8.3	8.3	86.7
100	8	13.3	13.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	
Total	60	100.0		

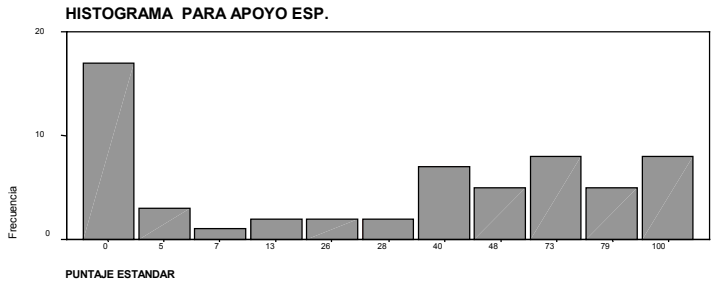


Figura 24. Distribución de la Búsqueda Apoyo Espiritual.

Según las Tablas 46-47 y la Figura 24, se puede concluir que la búsqueda de apoyo espiritual ante problemas es muy acentuada por parte de los individuos (con un promedio de 40.92 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal de ambos sexos. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 36.71 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 0 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.383). A lo sumo el 56.7% de los individuos entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de los 40 puntos para este ítem.

Tabla 48

Estadísticos del total

	N		Promedio	Moda	Desvest	Asimetría		Curtosis		Rango
	Validos									
	Perdidos									
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistc	Statistc	Statistc Error		Statistc	Error	Statistc
Total	60	0	56.80	99	30.39	-.267	.309	-1.226	.608	99

Tabla 49

Frecuencias del Total

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Validacion	Frec. Acumulado	Rela.
Valid 0	2	3.3	3.3	3.3	
8	1	1.7	1.7	5.0	
9	1	1.7	1.7	6.7	
10	1	1.7	1.7	8.3	
11	1	1.7	1.7	10.0	
14	1	1.7	1.7	11.7	
18	3	5.0	5.0	16.7	
22	3	5.0	5.0	21.7	
24	1	1.7	1.7	23.3	
35	1	1.7	1.7	25.0	
36	1	1.7	1.7	26.7	
37	1	1.7	1.7	28.7	

39	1	1.7	1.7	30.0
40	4	6.7	6.7	36.7
43	3	5.0	5.0	41.7
51	1	1.7	1.7	43.3
52	1	1.7	1.7	45.0
57	1	1.7	1.7	47.7
58	1	1.7	1.7	48.3
60	1	1.7	1.7	50.0
63	2	5.0	5.0	53.3
66	1	3.3	3.3	55.0
67	1	1.7	1.7	56.7
72	1	6.7	6.7	58.3
74	1	3.3	3.3	60.0
75	3	1.7	1.7	65.0
77	2	1.7	1.7	68.3
79	1	1.7	1.7	70.0
83	4	1.7	1.7	76.7
85	2	3.3	3.3	80.0
87	1	1.7	1.7	81.7
88	1	1.7	1.7	83.3
90	1	1.7	1.7	85.0
92	1	1.7	1.7	86.7
93	2	3.3	3.3	90.0
95	1	1.7	1.7	91.7
99	5	8.3	8.3	100.0
Total	60	100.0	100.0	
Total	60	100.0		

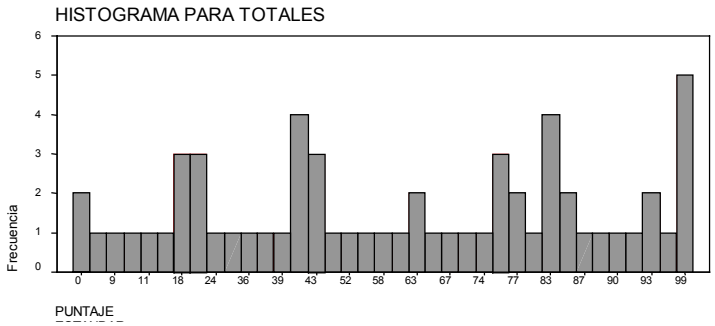


Figura 25. Distribución del Total de Puntajes Estandarizados.

Según las Tablas 48-49 y la Figura 25, se puede concluir que la capacidad de los individuos dentro de las familias en estudio para sobrellevar los problemas ocasionados por la depresión de uno de sus miembros, es baja (con un promedio de 56.80 puntos), de tal manera que no superan el comportamiento total normal de ambos sexos. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 30.39 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 99 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes totales de los individuos en la prueba por ubicarse a la izquierda del promedio general entre ambos sexos (kurtosis de -1.226). A lo sumo el 56.7% de los individuos entrevistados obtuvieron una calificación total por debajo de los 67 puntos.

Condensación de Datos

A continuación se presenta un resumen de los resultados arrojados pro la prueba F-COPES, con cada una de sus categorías evaluadas, se presentan los resultados por género y mixto.

Apoyo Social

Mujeres: Puede concluirse que, en promedio las mujeres obtuvieron un puntaje estándar de 54 puntos, por lo cual se pueden considerar como de alta tendencia a obtener apoyo social. El puntaje más frecuente en la obtención de apoyo social es de 32,

de todas formas por encima de lo normal estándar. La mitad de las mujeres en la muestra de estudio alcanzaron puntajes de a lo sumo 44 puntos estándar.

***Hombres*:** En cuanto a este ítem, se puede considerar como alta la tendencia a obtener apoyo social en los hombres. En promedio los hombres obtuvieron un puntaje estándar de 51.1 puntos, por sin embargo existe una heterogeneidad considerable entre las respuestas de los integrantes. El puntaje más frecuente en la obtención de apoyo social es de 0, de todas formas por abajo de lo normal estándar. La mitad de los hombres en la muestra de estudio alcanzaron puntajes de a lo sumo 46 puntos estándar.

Mixto: Se puede apreciar que en promedio los individuos obtuvieron un puntaje promedio estándar de 52.55 puntos, por lo cual se pueden considerar como de alta tendencia a obtener apoyo social, sin embargo existe una heterogeneidad considerable entre las respuestas de los integrantes. El puntaje más frecuente en la obtención de apoyo social es de 0, de todas formas por abajo de lo normal estándar. La mitad de los individuos en la muestra de estudio completa alcanzaron puntajes de a lo sumo 46 puntos estándar.

Reestructuración Familiar

Mujeres: Este recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia no se destaca de manera importante.

La heterogeneidad de los puntajes para esta escala es considerable (desvest de 35.53 puntos). El puntaje más común aquí es d e 0 puntos estándar (ausencia de la reestructuración como recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia).

Hombres: El puntaje promedio en los hombres es de 24.47 puntos estándar para la reestructuración, de tal forma que no se destacan de manera importante respecto a lo

normal para este ítem. El 60% de la muestra de hombres con que se trabajó, presentan a lo sumo solo 9 puntos estándar en esta escala, por lo tanto se presenta una mayor tendencia de los hombres a cantidades inferiores a su promedio. La heterogeneidad de los puntajes para esta escala es considerable (desvest de 31.89 puntos). El puntaje más común aquí es de 0 puntos estándar (ausencia de la reestructuración como recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia).

Mixto: Se puede concluir que el puntaje promedio en los individuos es de 30 puntos estándar para la reestructuración familiar, de tal manera que no se destacan de manera importante respecto a lo normal para este ítem en ambos sexos. El 60% de la muestra de los individuos con que se trabajó, presentan a lo sumo solo 27 puntos estándar en esta escala, por lo tanto se presenta una mayor Tendencia de los individuos a cantidades inferiores a su promedio. La heterogeneidad de los puntajes para esta escala es considerable (desvest de 33.84 puntos). El puntaje más común aquí es de 0 puntos estándar (ausencia de la reestructuración como recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia).

Movilización Familiar

Mujeres: Este recurso para obtener y aceptar ayuda es muy acentuado por parte de las mujeres, (con un promedio de 68.83 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 32 puntos). EL puntaje más frecuente para este ítem es el de 89 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -0.353).

Hombres: Este recurso para obtener y aceptar ayuda es muy acentuado por parte de los hombres, (con un promedio de 81.23 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 31.9 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 99 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la derecha del promedio (kurtosis de 2.337).

Mixto: La movilización familiar para obtener y aceptar ayuda es muy acentuada por parte de las familias (con un promedio de 75.03 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal de ambos sexos. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 32.29 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 99 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la derecha del promedio (kurtosis de 0.387).

Evaluación Pasiva

Mujeres: La evaluación pasiva ante problemas es muy acentuada por parte de las mujeres, de tal manera que superan el comportamiento normal, (con un promedio de 59.13 puntos). De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 24.32 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 57 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -0.104). A lo sumo el 60% de las mujeres entrevistadas obtuvieron una calificación por debajo de 57 puntos para este ítem.

Hombres: La evaluación pasiva ante problemas es muy acentuada por parte de los hombres, de tal manera que superan el comportamiento normal, (con un promedio de 54.67 puntos). De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 33.31 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 16

puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.868). A lo sumo el 50% de los hombres entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de los 66 puntos para este ítem.

Mixto: Se puede concluir que la evaluación pasiva ante problemas es muy acentuada por parte de los individuos (con un promedio de 56.90 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal para ambos sexos. De todas formas existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 29 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 16 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.294). A lo sumo el 53.3% de los individuos entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de los 57 puntos para este ítem.

Apoyo Espiritual

Mujeres: La búsqueda de apoyo espiritual es muy acentuada por parte de las mujeres, (con un promedio de 57.83 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 34.81 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 73 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.206). A lo sumo el 46.7% de las mujeres entrevistadas obtuvieron una calificación por debajo de 40 puntos para este ítem.

Hombres: La búsqueda de apoyo espiritual es muy acentuada por parte de los hombres de tal manera que superan el comportamiento normal. (con un promedio de 24 puntos). Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 30.62 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 0 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de

-0.803). A lo sumo el 53.3% de los hombres entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de 7 puntos para este ítem.

Mixto: La búsqueda de apoyo espiritual ante problemas es muy acentuada por parte de los individuos (con un promedio de 40.92 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal de ambos sexos. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 36.71 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 0 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.383). A lo sumo el 56.7% de los individuos entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de los 40 puntos para este ítem.

Apoyo Espiritual

Mujeres: La búsqueda de apoyo espiritual es muy acentuada por parte de las mujeres, (con un promedio de 57.83 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 34.81 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 73 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.206). A lo sumo el 46.7% de las mujeres entrevistadas obtuvieron una calificación por debajo de 40 puntos para este ítem.

Hombres: La búsqueda de apoyo espiritual es muy acentuada por parte de los hombres de tal manera que superan el comportamiento normal. (con un promedio de 24 puntos). Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 30.62 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 0 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -0.803). A lo sumo el 53.3% de los hombres entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de 7 puntos para este ítem.

Mixto: La búsqueda de apoyo espiritual ante problemas es muy acentuada por parte de los individuos (con un promedio de 40.92 puntos), de tal manera que superan el comportamiento normal de ambos sexos. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 36.71 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 0 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes por ubicarse a la izquierda del promedio (kurtosis de -1.383). A lo sumo el 56.7% de los individuos entrevistados obtuvieron una calificación por debajo de los 40 puntos para este ítem.

Dado lo anterior, puede concluirse que, la capacidad de las mujeres dentro de las familias en estudio para sobrellevar los problemas ocasionados por la depresión de uno de sus miembros, es baja de tal manera que no supera el comportamiento normal. (con un promedio de 46.70 puntos). Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 31.59 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 40 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes totales de las mujeres en la prueba por ubicarse a la izquierda del promedio general (kurtosis de -1.221). A lo sumo el 56.7% de las mujeres entrevistadas obtuvieron una calificación total por debajo de los 40 puntos.

Así mismo, se puede concluir que la capacidad de los hombres dentro de las familias en estudio para sobrellevar los problemas ocasionados por la depresión de uno de sus miembros, es baja (con un promedio de 56.90 puntos), de tal manera que no superan el comportamiento normal. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 25.89 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 75 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes totales de los hombres en la prueba por ubicarse a la derecha del promedio general (kurtosis de 0.008). A lo sumo el 56.7% de los hombres entrevistados obtuvieron una calificación total por debajo de los 75 puntos.

En resumen, se puede afirmar, que la capacidad de los individuos dentro de las familias en estudio para sobrellevar los problemas ocasionados por la depresión de uno de sus miembros, es baja (con un promedio de 56.80 puntos), de tal manera que no superan el comportamiento total normal de ambos sexos. Existe considerable heterogeneidad en las respuestas a esta escala (desvest 30.39 puntos). El puntaje más frecuente para este ítem es el de 99 puntos estándar y existe una tendencia de los puntajes totales de los individuos en la prueba por ubicarse a la izquierda del promedio general entre ambos sexos (kurtosis de -1.226). A lo sumo el 56.7% de los individuos entrevistados obtuvieron una calificación total por debajo de los 67 puntos.

A continuación, se presenta una tabla resumen que compara los resultados mencionados anteriormente.

Tabla 50.

Análisis Comparativo

MUESTRA	APOYO SOCIAL	REESTRUCT FAMILIAR	MOVILIZACION FAMILIAR	EVALUACION PASIVA	APOYO ESPIRITUAL
MUJERES	Se muestra una alta tendencia a tener apoyo social como	Este recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la	Este recurso para obtener y aceptar ayuda es muy acentuado por parte de las mujeres	La evaluación pasiva ante problemas es muy acentuada por parte de las mujeres, de tal manera que superan el	La búsqueda de apoyo espiritual es muy acentuada por parte de las mujeres

	recurso utilizado por la familia en crisis.	familia no se destaca de manera importante.		comportamiento normal.	
HOMBRES	Se puede considerar como alta la tendencia a obtener apoyo social en los hombres.	Este recurso de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia no se destaca de manera importante respecto a lo normal para este ítem.	Este recurso para obtener y aceptar ayuda es muy acentuado por parte de los hombres.	La evaluación pasiva ante problemas es muy acentuada por parte de los hombres, de tal manera que superan el comportamiento normal.	La búsqueda de apoyo espiritual es muy acentuada por parte de los hombres de tal manera que superan el comportamien to normal.
MIXTO	Se considera una alta tendencia a obtener	No se destaca de manera importante con respecto a lo normal para	La movilización familiar para obtener y aceptar ayuda es muy acentuada por	La movilización familiar para obtener y aceptar ayuda es muy acentuada	La búsqueda de apoyo espiritual ante problemas es muy

apoyo social.	este ítem en ambos sexos.	parte de las familias de tal manera que superan el comportamiento normal en ambos sexos.	por parte de las familias de tal manera que superan el comportamiento normal en ambos sexos.	acentuada por parte de los individuos de tal manera que superan el comportamien to normal en ambos sexos.

Como se puede observar, la utilización de los recursos y estrategias familiares de manejo de crisis por parte de las familias encuestadas refleja:

La categoría *Apoyo Social,* mostró una alta tendencia de la familia para ocuparse activamente de la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa. De igual manera, demostró una tendencia alta a tener confianza en la solución de problemas y sentimiento de habilidad para enfrentar eventos inesperados, razón por la cual, en la actual investigación es el recurso más utilizado en crisis por las familias encuestadas. Lo cual trae beneficios para las familias ya que, al enfrentar situaciones problemáticas buscan ayuda como recurso de afrontamiento y no esperan a que la crisis pase por sí misma, sin embargo este recurso no es útil por si mismo, se debe tener la interacción de otros recursos para lograr que las familias sean más funcionales.

En segundo lugar, en cuanto a la categoría *Evaluación Pasiva, se* encontró que la habilidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad enfocada sobre conductas inactivas o pasivas de la familia tales como respuestas de evitación basadas sobre la falta de confianza en la propia habilidad para alterar el

resultado esta muy acentuada y supera el comportamiento normal en mujeres, hombres y por supuesto en el grupo combinado. Lo que indica que las familias buscan recursos externos para tratar de solucionar su crisis, no se acomodan fácilmente al cambio y tratan de minimizar el síntoma buscando causas o inculpándose a sí mismos, razón por la que posiblemente los pacientes recaen con frecuencia y no logran controlar la enfermedad.

Dos de las categorías restantes evidencian un manejo simultaneo: la *Movilización Familiar,* - mide la capacidad para obtener y aceptar ayuda: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros, aunque en esta categoría no hubo un hallazgo significativo, es necesario que las familias potencien este recurso con el fin de ser más receptivas a la hora de aceptar y buscar ayuda no solo por parte de la comunidad sino por instituciones especializadas; *el Apoyo Espiritual*- Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual. Refleja el involucramiento de la familia con actividades e ideologías religiosas para enfrentar las dificultades- mostrándose muy acentuada tanto en hombres como en mujeres y en consecuencia en el grupo combinado de manera que no supera el comportamiento normal.

Finalmente, la categoría de reestructuración familiar fue el recurso, de confrontación de la influencia de la depresión en algún miembro de la familia, menos utilizado por las familias encuestadas en época de crisis, ya que no se destaco de manera importante en mujeres, en hombres y en consecuencia en el grupo combinado. Lo que se evidencia en la no aceptación de la enfermedad y en la búsqueda de otras alternativas para darle un significado al síntoma.

Dado lo anterior, puede concluirse que aunque las familias encuestadas utilizan como recurso de afrontamiento a la depresión el Apoyo Social en un alto grado evidenciando

así su habilidad para obtener apoyo por parte de terceros (parientes, amigos, vecinos y familia extensa), se evidencia que las familias recurren de manera significativa a la evaluación pasiva como recurso de afrontamiento frente a situaciones críticas, lo que permite concluir que, las familias poseen un grado de confianza bajo que no permite aceptar asuntos problemáticos, buscando así soluciones fuera de sí mismas, lo que hace difícil que la familia pueda afrontar el curso, evolución y consecuencias de la enfermedad, ya que no la conocen y tampoco la aceptan, es por esto que es de gran importancia potenciar otros recursos de afrontamiento en las familias que les permitan ser más funcionales y buscar soluciones que les permitan aceptar el cambio de su familiar. Estos recursos son; Reestructuración Familiar, que hace posible que las familias puedan definir los eventos estresantes y hacerlos más manejables y ser más accesibles al cambio y, la movilización familiar que es un recurso que aumenta la capacidad familiar para obtener y aceptar ayuda de otros y buscar ayuda en la comunidad.

Si las familias logran potenciar estos recursos mencionados pueden evitarse recaídas futuras y de esta manera el núcleo familiar entenderá la enfermedad creando alternativas que faciliten la convivencia.

Cabe mencionar que según investigaciones realizadas en aplicación del F-COPES se encontró que la estrategia familiar de manejo de crisis no se crea en un instante sino que se modifica progresivamente a lo largo del tiempo, de ahí el manejo simultaneo de varias dimensiones de la vida familiar tales como: Mantenimiento satisfactorio de condiciones internas para la comunicación y la organización familiar; promoción de la independencia y la autoestima de los miembros; mantenimiento de los vínculos familiares de coherencia y unidad; mantenimiento y desarrollo de apoyos sociales en

transacciones con la comunidad, mantenimiento de algunos esfuerzos para controlar el impacto del estresor y la cantidad de cambio en la unidad familiar.

Entrevista Semiestructurada para Cónyuges con el Objetivo de Comprender cual es el Conocimiento de las Familias Frente a la Depresión

Tabla 51

Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales

Caso: 001 Categoría Básica: Mujer no hospitalizada (Cónyuge)

Genero: Mujer

CATEGORIA DEDUCTIVA	TEXTO – ABREVIADO	CATEGORIAS INDUCTIVAS	CODIGO
Significado que da la familia a la Crisis.	"Creo que cuando uno se deprime hay una carencia afectiva y un vacío espiritual". "Hace que se pierda el sentido de la vida" "Hay una carencia de algo pero uno no puede controlarse".	¿Cuál es la percepción que tienen Ustedes de la depresión?.	Sig-cris

Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis.	"Desde su crisis depresiva hemos hablado con más frecuencia". "Lo acompaño a hacer deporte". "Tratamos de resolver los problemas financieros juntos".	¿Qué tipo de estrategias utilizan o tienen disponibles para lograr el equilibrio familiar?.	Rec. en Cris
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis.	"Cada vez que presiento que se va a poner mal le pregunto por su trabajo, trato de encontrar una causa." "Los niños lo consienten mucho, lo acompañan". "Si vemos que no podemos hacer nada al respecto, lo llevamos al Psiquiatra".	¿Cómo se moviliza la familia frente a la crisis depresiva?.	Rec. en Cris
Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva.	"Yo creo que no ha podido superar la muerte de su madre, desde que ella murió, el cambio, pues ella le alcahueteaba todo hasta su infidelidad, como no hay nadie que le festeje su comportamiento…ahí si se da cuenta de que hay maneras de actuar".	¿Cómo se creo el problema?.	Sug. Cris

Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva.	"He notado que sus recaídas se dan porque no hay dinero, un cliente no paga". "Cuando los niños le piden dinero, se descompone, grita y después se siente triste". "Yo he hablado con él y con los niños porque él no acepta no ser el mismo económicamente".	¿De que manera explica la persistencia de los síntomas?.	Sug. Cris
Significado que da la familia frente a la etapa actual del ciclo vital familiar.	"Yo siento que aún puedo hacer muchas cosas a nivel profesional, sin embargo me siento satisfecha con lo que ha logrado hasta el momento, tengo 2 hijos maravillosos y debo darle gracias a Dios." "En cuanto a mi relación de pareja, se que podríamos disfrutar más, sin embargo es difícil, pues no hay mucho dinero y mi marido se molesta si no podemos salir".	¿Cómo se ven Ustedes en esta etapa de la vida?.	Sig-cvf

Cuando se presenta una crisis depresiva en un miembro de la familia es muy habitual la incomprensión de esta; ellos no pueden entender que la persona afectada sufra tanto,

ellos dicen que hay una carencia afectiva, espiritual o de algo en el SNC y que se puede controlar. En realidad es una afirmación que nace del desconocimiento del fenómeno.

En cuanto a las estrategias que utiliza la familia en la crisis es innegable el valor que cobra el apoyo familiar, hay que analizar el estado anímico del paciente el cual reclama compañía y comprensión, es un estado de desesperación donde no se encuentra acomodo en ningún lugar ni circunstancia, acompañarlo a hacer deporte y hablar mucho con el paciente pueden ser de gran ayuda.

Algunas veces las crisis pueden presentarse por episodio pasados que los han marcado (pérdida, quiebra económica, divorcio) por eso es importante que la familia este pendiente de posibles síntomas desconocidos o poco habituales de todas maneras la depresión no escoge a sus víctimas.

Tabla 52

Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales

Caso: 002 Categoría Básica: Hombre no hospitalizada (Cónyuge)

Genero: Hombre

CATEGORIA DEDUCTIVA	TEXTO – ABREVIADO	CATEGORIAS INDUCTIVAS	CODIGO
Significado que da la familia a la Crisis.	"Yo creo que la depresión es para las personas débiles". "Uno puede sentirse triste, pero no entiendo porque ocurre": "Es la primera persona que conozco así y es difícil de	¿Cual es la percepción que tienen Ustedes de la depresión?	Sig-cris

	evitar”		
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis.	“Cuando le dan crisis trato de estar con ella más tiempo, cocino, le compro cosas.” “Estoy pendiente de que se tome las pastillas.	¿Qué tipo de estrategias utilizan o tienen disponibles para lograr el equilibrio familiar.	Rec. en Cris
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis.	“La llevo al médico”. “Cada vez que se enferma nos unimos más”: “Yo la cuido, pero ella se va con su mamá y regresa peor”“Yo le he ayudado, le digo que no se preocupe, porque no soporto verla llorando”.	¿Cómo se moviliza la familia frente a la crisis depresiva?.	Rec. en Cris
Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva.	“Cuando era niña solía entristecerse por todo”.“Cuando yo la conocí tenia una autoestima muy baja, le tenia miedo a todo y se preocupaba por lo que diría la gente”.	¿Cómo se creo el problema?.	Sug. Cris

Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva.	"Yo creo que su forma de ser es así muy pasiva, sin embargo debe evitar ver personas que no le ayuden como la mamá, que quiere que la visite todos los días pero siempre la critica por lo que hace y por lo que no hace".	¿De que manera explica la persistencia de los síntomas?.	Sug. Cris
Significado que da la familia frente a la etapa actual del ciclo vital familiar.	"Yo estoy satisfecho, tengo dos hijas maravillosas y un buen trabajo, se que debería pasar mas tiempo con mi esposa, pero no puedo y a veces no tenemos de que hablar".	¿Cómo se ven Ustedes en esta etapa de la vida?.	Sig-cvf

Muchas personas creen que la depresión surge en personas débiles que ante un problema sucumben, referente a este problema surgen siempre muchas preguntas, ¿Es un ser débil el individuo afectado por una crisis depresiva? La verdad es que este flagelo ataca a personas de edad avanzada y hasta niños muy pequeños.

Es muy importante prestar mucha atención a estos pacientes quienes en su desesperación pueden hasta recurrir al suicidio.

Las familias acuden a diferentes estrategias para brindar mayor seguridad y demostrar al paciente que están con él y que les importa, como estar pendientes de las pastillas y remedios formulados para horas determinadas, pasar más tiempo con ellos y cuando se notan cambios en la conducta acudir inmediatamente al médico.

Tabla 53

Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales

Caso: 003 Categoría Básica: Mujer no hospitalizada (Cónyuge)

Genero: Mujer

CATEGORIAD EDUCTIVA	TEXTO – ABREVIADO	CATEGORIAS INDUCTIVAS	CODIGO
Significado que da la familia a la Crisis.	"Yo creo que es un estilo de vida, si uno quiere vivir deprimido, termina haciéndolo; como todo en la vida.	¿Cual es la percepción que tienen Ustedes de la depresión?.	Sig-cris
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis.	"Yo por ejemplo hablo mucho con él y le digo que no puede darse por vencido" "Lo anime para que jugara tenis, y creo que ha funcionado".	Qué tipo de estrategias utilizan o tienen disponibles para lograr el equilibrio familiar?.	Rec. en Cris
Recursos utilizados por la familia para afrontar la	"Nos unimos más como familia". "Realizamos actividades juntos, como ver una película." "A veces le hablamos duro pero es porque lo	¿Cómo se moviliza la familia frente a la crisis depresiva?	Rec. en Cris

afrontar la crisis.	hablamos duro pero es porque lo queremos mucho y debe reaccionar". "Actualmente asistimos a un grupo de apoyo para que sienta que estamos con él".	depresiva?.	
Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva	No se, no encuentro una causa especifica, se que hay que trabajar porque esas son responsabilidades adquiridas, creo que lo económico es una excusa, porque si no hay dinero hay que trabajar más, no echarse a dormir".	¿Cómo se creo el problema?.	Sug. Cris
Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva.	"Yo pienso y se lo digo a él , si uno quiere estar deprimido, pues lo esta". "Hay algo que le reprocho a mi esposo y es que cuando se siente bien deja de tomar la droga y por eso recae." "Es que él no se ayuda, o no quiere ayudarse".	¿De que manera explica la persistencia de los síntomas?.	Sug. Cris

Significado que da la familia frente a la etapa actual del ciclo vital familiar.	"Me siento satisfecha: Ha sido difícil volver a vivir como pareja, es decir, ya no estamos criando, se supone que en este momento deberíamos estar mejor que nunca, sin embargo, poco a poco hemos retomado nuestra relación y compartimos más tiempo juntos.	¿Cómo se ven Ustedes en esta etapa de la vida?.	Sig-cvf

Hay familias que ante una crisis depresiva se muestran duras, de pronto creen que están fingiendo o que el comportamiento que evidencian es una forma de vida que adoptan. Así se refieren en este caso "Yo creo que es un estilo de vida, su uno quiere vivir deprimido termina siéndolo, como todo en la vida", hay muchas formas de apoyar a estos pacientes sobre todo que ellos necesitan mucho de la comprensión y compañía de la familia, la que debe comprender que esta es una"enfermedad" y no un estilo de vida adoptado y que es bastante desesperante tanto que un alto porcentaje de estos pacientes terminan suicidándose.

Hablar con esta persona, darle animo, darle compañía tratar de entender un poco el problema realizando actividades en compañía de él son algunas de las estrategias que se pueden implementar como mecanismos o recursos para suavizar un poco este terrible mal. Estas crisis se desencadenan la mayoría de las veces por impacto sea afectivo, económico, psicológico o por algo latente en el paciente.

Por esta circunstancia a estas personas en el presente se les dificulta volver a vivir en pareja aunque ahora pasan más tiempo libre juntos.

Tabla 54

Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales

Caso: 004 Categoría Básica: Hombre no hospitalizada (Cónyuge)

Genero: Hombre

CATEGORIA DEDUCTIVA	TEXTO – ABREVIADO	CATEGORIAS INDUCTIVAS	CODIGO
Significado que da la familia a la Crisis.	"Yo creo que uno debe ser fuerte porque el mundo no se ha acabado." "No se porque se deprime si lo tiene todo" Yo creo que ya se acostumbro a ser así,."La depresión es una enfermedad creada por el hombre, debe salir adelante".	¿Cual es la percepción que tienen Ustedes de la depresión?.	Sig-cris
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis.	"Hemos hecho todo durante estos últimos años: hablamos, vamos de viaje". "Le doy más dinero para que se distraiga""la he llevado al médico".La he llevado al sacerdote, donde brujos, pero no se ve señal de mejoría total"."Yo pienso que es psicológico porque	¿Qué tipo de estrategias utilizan o tienen disponibles para lograr el equilibrio familiar?.	Rec. en Cris

	lo tiene todo".		
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis.	"Yo la apoyo en lo que puedo, soy muy comprensivo."Yo veo que siempre que se pone mal, es porque discute con sus hermanas, por problemas de dinero." "Sus hermanas le dicen que no sea boba que no tome pastillas", la regañan con otras palabras , le dicen que los Psiquiatras no sirven para nada" . "Ella es muy rígida y no acepta que las cosas salgan mal". "En la casa la ayudamos y cuidamos mucho: Yo llego temprano y ayudo con las tareas de los niños, le digo que cambie de actividad, no la acompañamos porque yo trabajo mucho y la hija mayor estudia en la universidad".	¿Cómo se moviliza la familia frente a la crisis depresiva?.	Rec. en Cris
Surgimiento y	"Yo la conocí y era una mujer	¿Cómo se creo el	Sug. Cris

mantenimiento de la crisis depresiva.	introvertida, casera, sensible y trabajadora". "Siempre se ha irritado cuando algo no le sale como esperaba, o cuando no se hacen las cosas como ella quiere." "Yo la conocí así, sin embargo, hace dos años empezó a tomar medicamentos y estuvo hospitalizada, no dormía, estaba de mal genio todo el tiempo, así que la lleve al médico y él la remitió al Psiquiatra:"	problema?.	
Surgimiento y Mantenimiento de la crisis depresiva.	"Ella tiene herramientas para mejorar pero no quiere usarlas". "Saca mil excusas para no ir al Psicólogo."También le digo que vaya al gimnasio que haga ejercicio pero se la pasa en la casa todo el día, llenándose la cabeza de cucarachas.	¿De que manera explica la persistencia de los síntomas?.	Sug. Cris
Significado que da la familia	"Yo me siento bien, tengo un buen trabajo y una familia, hago deporte	¿Cómo se ven Ustedes en esta etapa	Sig-cvf

frente a la etapa actual del ciclo vital familiar.	los fines de semana.” “En cuanto a la relación de pareja, se que hemos dejado de hacer cosas.	de la vida?.

Para estas personas la depresión sufrida por el miembro de su familia es algo sin importancia, ellos lo catalogan como un simple capricho ya que dicen que:” No se porque se deprime si lo tiene todo” se encuentran muy lejos de la realidad, creen que se acostumbro a vivir así, es decir, que para ellos es un ser que puede manejar a su antojo la enfermedad ya que dicen que le dan dinero para que se distraiga, lo llevan a paseo, es que ellos ni siquiera creen que se trate de una enfermedad terrible, incapacitante y en ocasiones hasta mortal.

En este caso se torna más difícil ya que no cuenta con el apoyo de la familia, de origen pero si de su esposo. Las hermanas le dicen que no tome las pastillas y en lugar de ayudarla y comprenderla se pelean con ella por dinero haciendo que las crisis sean más recurrentes y además le dicen que los psiquiatras no sirven para nada.

El principio de este fenómeno se presentó porque ella es muy perfeccionista no le gusta que las cosas no salgan como ella quiere y se desespera por eso empezó tomando medicamentos y estuvo después hospitalizada.

En este momento la familia está estable, aunque asegura que “en cuanto a las relaciones de pareja han dejado de hacer muchas cosas”.

Tabla 55

Matriz Descriptiva de Análisis de Categorías Existenciales

Caso: 004 Categoría Básica: Hombre no hospitalizada (Cónyuge)

Genero: Hombre

CATEGORIA DEDUCTIVA	TEXTO – ABREVIADO	CATEGORIAS INDUCTIVAS	CODIGO
Significado que da la familia a la Crisis	"Lo que yo puedo ver es que cada vez es peor, ya ha estado hospitalizada 3 veces y siempre es por cualquier cosa." "Yo creo que es un problema de personalidad"	¿Cual es la percepción que tienen Ustedes de la depresión?	Sig-cris
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis	"Siempre la apoyamos en lo que quiera." "La tendemos, salimos con ella, aunque es difícil porque es muy terca." "No se toma la droga con juicio".	¿Qué tipo de estrategias utilizan o tienen disponibles para lograr el equilibrio familiar?	Rec. en Cris
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis	"Tratamos de que descanse, que no se preocupe, salimos, vamos a visitar a la familia": "Hacemos que se sienta importante para nosotros".	¿Cómo se moviliza la familia frente a la crisis depresiva?	Rec. en Cris
Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva	"Creo que se dio porque ella no sabe controlar su ira entonces se volvió rara, en vez de gritar o regañar lloraba todo el día.	¿Cómo se creo el problema?	Sug. Cris
Surgimiento y	"Ella siempre ha sido así.""Si no se	¿De que manera	Sug. Cris

mantenimiento de la crisis depresiva	hace lo que ella dice como ella lo quiere explota y ahí empieza todo":	explica la persistencia de los síntomas?	
Significado que da la familia frente a La etapa actual del ciclo vital familiar	"Como pareja hace falta que compartamos más, porque ella siempre esta metida en todo. Por ejemplo: Si la niña lloró, si la nuera salió, si la hija llegó etc." "Quiere saberlo todo por eso pelea tanto:" "Por mi parte, yo me siento bien, hago deporte, trabajo, tengo amigos y vivo contento."	¿Cómo se ven Ustedes en esta etapa de la vida?	Sig-cvf

Una vez más se confirma la ignorancia de la familia en lo referente a las crisis que se presentan en estos parientes y la falta de comprensión de la misma, dicen que siempre es por cualquier cosa lo que pasa es que está latente la enfermedad, agazapada en el fondo y con algo que causa impacto vuelven a recrudecer la crisis.

A pesar de que estos pacientes reciben apoyo de las familias, las atienden y salen con ella es necesario tener mucha paciencia y entender que lejos de ser algo pasajero o producto de un capricho es algo serio que necesita de la comprensión de la familia .

Es muy importante lo que hace la familia con respecto al paciente, tratan de que descanse evitan las preocupaciones, van de visita a la familia y hacen que se sientan importante para ellos este comportamiento constituye un paso muy importante sobre

todo que lo aleja un poco de la realidad que esta viviendo. Las crisis a esta paciente le sobrevienen porque no se hace lo que ella quiere.

Ahora comparten poco como pareja porque ella vive muy pendiente de lo que ocurre en su entorno y menos de su esposo.

Interpretación De Resultados Cualitativos

(Matrices)

Las categorías inductivas "emergen" totalmente de los datos con base en los patrones y las recurrencias presentes en ellos. La categorización inductiva no tiene como fin reflejar la teoría sino el marco de referencia cultural del grupo estudiado y constituye el fundamento de la investigación etnográfica. En el presente estudio estas revelan los pensamientos y sentimientos de un grupo de cónyuges y/o familiares de pacientes con DEPRESION. Las situaciones culturales propias de la cotidianidad de los pacientes con depresión que han sido alguna vez hospitalizados por un período no inferior a 10 (diez) días en la Clínica San Pablo de la ciudad de Bucaramanga.

Estos patrones según sus familiares son:

La situación económica

Factores predisponentes en la personalidad del individuo.

Los continuos enfrentamientos con la familia nuclear del paciente (madre, hermanas).

La perdida del interés por las distintas actividades por parte del paciente.

Un continuo apoyo, acompañamiento, cuidado, respaldo familiar hacia el enfermo.

Dificultad por parte del paciente para afrontar las distintas situaciones que se le presentan en la vida (Muerte madre, quiebra económica).

Sentimientos de minusvalía, baja autoestima son constantes en el paciente.

Se siente incapaz de salir del problema.

Expresan sentimientos de tristeza, decaimiento y nostalgia al recordar épocas mejores de sus vidas.

Se preocupan por la poca evolución, las recaídas y el deterioro psicológico de la enfermedad.

De igual forma la familia atribuye la enfermedad exclusivamente al factor psicológico ignorando por completo el aspecto medico.

Entre las medidas que la familia ha tomado para ayudar al paciente a superar la enfermedad esta la consulta a todo tipo de personas entre ellas brujos, sacerdotes, pastores y profesionales de la salud.

La mayoría de las parejas reconoció su pobre relación de pareja, sin embargo coinciden en afirmar que a raíz de la enfermedad han tratado de pasar más tiempo e interesarse más por las cosas del otro.

La mayoría de los cónyuges desconocen la gravedad de la enfermedad, puesto que piensan que es un estilo de vida o se presenta porque el paciente desea vivir así.

Discusión

Según los resultados arrojados por la investigación y dando cuenta de los objetivos de la misma se llevan a cabo las siguientes conclusiones y recomendaciones:

En cuanto al objetivo General que planteó: "Describir los recursos que emplean las familias conformadas por cónyuges entre los 40 y 60 años de edad frente a los síntomas de depresión de alguno de sus miembros con el fin de reconocer la posibilidad de desarrollar estrategias familiares para afrontar la depresión"; la investigación encontró que el recurso mas utilizado por las familias encuestadas, según la prueba F-COPES, fue el Apoyo Social, visto como la habilidad de la familia para ocuparse activamente en

buscar y obtener apoyo por parte de los parientes, amigos y vecinos, al igual, que en mostrar confianza en poder entre ellos mismos solucionar y enfrentar esta crisis inesperada.

Los resultados señalaron que los recursos de movilización familiar y apoyo espiritual fueron utilizados pero en menor proporción, Sin embargo la familia se muestra dispuesta a obtener y aceptar apoyo, esto se evidencia igualmente en la entrevista donde los familiares manifiestan buscar la ayuda del sacerdote, confiar en Dios entre otras cosas.

El recurso de reestructuración familiar y evaluación pasiva señala la poca capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes (en este caso: el trastorno de depresión mayor en uno de sus miembros) y hacerlos más manejables mostrando un paso lento en cuanto al cambio en sus puntos de vista.

De igual forma, se considera según los resultados mostrados en la prueba F-COPES que la categoría de evaluación pasiva indica que las familias encuestadas no aceptan con facilidad los asuntos problemáticos, lo que se corrobora en la entrevista ya que entre otras cosas piensan que el estado en que se encuentra el paciente es por gusto y no lo toman en su verdadera dimensión (enfermedad), razón por la cual minimizan su reacción y adoptan conductas evasivas, pasivas o inactivas que se van intensificando a medida que pasa el tiempo y no se ven los resultados; actitudes que en todos los casos van en detrimento del paciente acentuándose más la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario que el paciente y su familia puedan entender, aceptar y convivir con la enfermedad de manera que las dificultades que esta conlleva no supongan para el paciente depresivo una forma de exclusión o desvaloración por el mismo o por parte de los demás o de excusa para no salir del estado en el cual se encuentra.

En cuanto a los objetivos específicos planteados dentro de la presente investigación, se encontró que la familia por diversas razones no le da el verdadero sentido, la verdadera dimensión a la enfermedad, lo cual puede obedecer al desconocimiento de la misma, sin embargo, en tiempo de crisis la familia busca apoyarse entre sus miembros y estos ofrecen apoyo al paciente, además buscan y aceptan el apoyo de familiares, vecinos etc.

De igual manera, se pudieron identificar patrones internos y externos en la familia tales como: la situación económica, muerte de un ser querido, la forma de pensar con respecto a la enfermedad que tienen parientes cercanos, y se encontró que son aspectos que definitivamente interfieren de manera negativa en el proceso y desarrollo de la enfermedad evitando que el sujeto supere la misma; razón por lo cual se recomienda plantear estrategias orientadas a informar a la familia sobre la forma como se debe manejar una crisis de esta a fin de ayudar al paciente a superarla; así mismo, se deben potenciar las redes de apoyo (esposo, hijos, sacerdote, amigos) que estén contribuyendo al buen curso de la misma. Es así como se plantea la creación de espacios donde se ofrezca a las familias capacitación e información sobre la problemática, donde sea posible conocer la influencia y el alcance que tiene la enfermedad en la vida del paciente y en cada uno de los miembros de la familia y a su vez estos espacios sirvan de reflexión y compartir para pacientes y familiares.

De igual forma, estos mismos espacios fueron aprovechados por la investigadora para ofrecer la información necesaria a cónyuges y familiares encuestados, a fin de dar a conocer aspectos tales como: autoestima del paciente depresivo, psicología de la enfermedad, algunas implicaciones médicas de la misma, pautas de manejo del paciente depresivo, adherencia a las prescripciones médicas etc. Y para resolver dudas que

fueron expuestas en una retroalimentación ofrecida, como contraprestación por la información suministrada.

Al mismo tiempo, los espacios de reflexión deben permitir a los pacientes expresar ante sus familiares y/o cónyuge el significado que ellos tienen el presentar la enfermedad.

Referencias

Barlow, D y Durand, V. (2001). *Psicología anormal un enfoque integral.* México, International Thomson Editores S.A. II Edición.

Barragán, A. (1999). *Factores psicosociales familiares que inciden en la depresión de adolescentes.* Universidad Santo Tomás. Facultad de Psicología. Bogotá D.C.

Falicov, C. (1991). *Transiciones de la familia.* Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Hernández, A (2001). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve.* Bogotá, Edit El Búho.

Kaplan, H; Sadock, B y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica.* Bueno Aires, Editorial Médica Panamericana.

Linares, J y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Lo trastornos depresivos desde una óptica relacional.* España, Ediciones Piados, Ibérica S.A.

McName, S y Gergen, J. (1996). *La terapia como construcción social*. España, Edit. Paidós.

Navarro, J. (1998). *Técnicas y programas en terapia familiar.* España, Ediciones Piados, Ibérica S.A.

Olson, D, McCubbin, H, Larsen, A, Muxen, M y Wilson, M. (1985). *Inventarios sobre familia.* Traducido por Hernández, A (1989). Bogotá, Universidad Santo Tomás.

Papalia, D y Wendkos, S. (1997). *Desarrollo humano.* Santafé de Bogotá D.C, Edit. McGrawHill, Interamericana S.A.

Pedraza, R. (1996). *Estudio comparativo de familias con un miembro diagnosticado como afectivo bipolar, analizado desde la visión sistémica.* Universidad Santo Tomás. Facultad de Psicología. Maestría en Psicología Clínica y Familia. Santa fe de Bogotá.

Pittman, F. (1990). *Momentos decisivos.* Buenos Aires, Edit. Paidós.

PSA-R. Psychiatric.(2001). *Self- Assessment & Review. Autoevaluación y actualización en psiquiatría.* Editada por la American Psychiatric Association. Vol. # VII. Con el patrocinio de laboratorios Novartis.

Téllez, J y Rodríguez, E. (1998). *Antidepresivos en la práctica médica.* Santafé de Bogotá D.C, Nuevo Milenio Editores Ltda.

Valles, M. (1999).*Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional.* Editorial Síntesis S.A. Madrid.

APENDICES

Apéndice A

F- Copes

Hamilton I. McCubin

David H. Olson

Andrea S. Larsen

Primero, lea la lista de "Escogencia de Respuestas", una a una. Luego decida qué tan bien, cada frase describe sus actitudes y conductas en respuesta a problemas y dificultades. Si la frase describe muy bien su respuesta, tache el número 5, indicando que usted está en "MARCADO ACUERDO", si la frase no describe para nada su respuesta, tache el número 1, indicando que usted esté en "MARCADO DESACUERDO"; si la frase describe su respuesta en alguna medida, seleccione el número 2, 3, ó 4, para indicar qué tanto acuerdo o desacuerdo hay entre la frase y su respuesta.

Tabla A1

Escala De Evaluación Personal Del Funcionamiento Familiar En Situaciones De Crisis

Cuando En Nuestra Familia Enfrentamos Problemas o Dificultades Nosotros Respondemos:	Escogencia de Respuestas						
	Marcado	Desacuerdo	Moderado	Desacuerdo Ni de Acuerdo	Ni en desacuerdo Moderado	Acuerdo	Marcado Acuerdo
1. Compartiendo nuestras dificultades con los parientes.	1		2	3	4		5
2. Buscando estímulo y apoyo en amigos.	1		2	3	4		5

3. Sabiendo que nosotros tenemos el poder para resolver problemas importantes.	1	2	3	4	5
4. Buscando información y consejo de personas que han enfrentado problemas iguales o parecidos.	1	2	3	4	5
5. Buscando consejo en los pariente (abuelos, tíos, etc).	1	2	3	4	5
6. Buscando asistencia en servicios y programas comunitarios, diseñados para ayudar a familias en nuestra situación.	1	2	3	4	5
7. Sabiendo que dentro de nuestra propia familia tenemos la fortaleza para resolver nuestros propios problemas.	1	2	3	4	5
8. Recibiendo regalos y favores de los vecinos.	1	2	3	4	5
9. Buscando información y consejo del médico de la familia.	1	2	3	4	5
10. Pidiendo a los vecinos ayuda y favores.	1	2	3	4	5
11. Enfrentando los problemas “con la cabeza” y tratando de encontrar soluciones inmediatamente.	1	2	3	4	5
12. Viendo televisión.	1	2	3	4	5
13. Demostrando que somos fuertes.	1	2	3	4	5

14. Asistiendo a los servicios de la iglesia.	1	2	3	4	5
15. Aceptando los eventos estresantes como parte de la vida.	1	2	3	4	5
16. Compartiendo las preocupaciones con amigos cercanos.	1	2	3	4	5
17. Viendo en los juegos de suerte un recurso importante para resolver nuestros problemas familiares.	1	2	3	4	5
18. Aceptando que las dificultades aparecen de forma inesperada.	1	2	3	4	5
19. Compartiendo actividades con parientes (salir juntos, comer, etc).	1	2	3	4	5
20. Buscando consejo profesional y ayuda para las dificultades familiares.	1	2	3	4	5
21. Creyendo que nosotros podemos manejar nuestros propios problemas.	1	2	3	4	5
22. Participando en las actividades de la iglesia.	1	2	3	4	5
23. Definiendo el problema familiar en una forma más positiva, de modo que no nos sintamos demasiado desalentados.	1	2	3	4	5

24. Preguntándole a los parientes cómo se sienten ellos con los problemas enfrentamos.	1	2	3	4	5
25. Sintiendo que, sin importar lo que hagamos para estar preparados, siempre tendremos dificultad para afrontar los problemas.	1	2	3	4	5
26. Buscando consejo de un sacerdote.	1	2	3	4	5
27. Creyendo que si esperamos lo suficiente, el problema desaparecerá por sí solo.	1	2	3	4	5
28. Compartiendo los problemas con los vecinos.	1	2	3	4	5
29. Teniendo fe en Dios.	1	2	3	4	5

Apéndice B

Entrevista Semiestructurada para Cónyuges con el Objetivo de Comprender cual es el Conocimiento de las Familias Frente a la Depresión

P.I: Paciente Identificado.

Género.

Edad.

C: Cónyuge.

Género.

Edad.

Tiempo de matrimonio.

Número de hijos.

Personas con quién viven.

Genograma (mapa familiar).

Para la realización de la entrevista semiestructurada se tuvieron en cuenta las siguientes categorías de análisis que permitieron guiar la entrevista de manera ordenada y realizar preguntas pertinentes para la investigación. Cada categoría de análisis está formada por una pregunta guía y varias preguntas ejemplo que serán utilizadas para la obtención de información.

Categorías De Análisis

Significado que da la Familia a la Crisis

¿Cuál es la percepción que tienen ustedes frente a la depresión?

Recursos Utilizados por la Familia para Afrontar la Crisis

¿Qué tipo de estrategias utilizan o tiene disponibles para lograr el equilibrio familiar?

¿Cómo se moviliza la familia frente a la crisis depresiva?

Surgimiento y Mantenimiento de la Crisis Depresiva

¿Cómo se creó el problema?

¿De qué manera explica la persistencia de sus síntomas?

Significado que da la familia Frente a la Etapa Actual del Ciclo Vital Familiar

¿Cómo se ven ustedes es esta etapa de la vida?

Apéndice C

diagrama de Flujo

Apéndice D

Genograma Sujeto 1

Apéndice E

Genograma Sujeto 2

Apéndice F

Genograma Sujeto 3

Apéndice G

Genograma Sujeto 4

Apéndice H

Genograma Sujeto 5

Apéndice I

Base de Datos Puntajes Brutos Mujeres

Estos son los resultados antes de su estandarización resumidos de manera tabular, correspondientes a las respuestas de las mujeres a las pruebas:

	Sexo	Edad	Salud	A. .social	Reestrct.	Movil.	Eval. Pas.	Apoyo. Esp.	Total
1	F	43	H	27	30	8	10	16	91
2	F	42	H	25	33	14	8	5	85
3	F	50	H	27	16	16	9	15	83
4	F	40	S	25	33	14	8	20	100
5	F	58	H	40	34	20	20	11	125
6	F	45	H	17	23	13	10	16	79
7	F	53	H	25	18	16	8	20	87
8	F	58	H	32	36	13	8	18	107
9	F	48	S	26	20	13	10	11	80
10	F	49	H	28	24	20	8	16	96
11	F	48	S	32	24	12	8	16	92
12	F	46	H	38	22	10	5	18	93
13	F	43	H	34	30	18	5	16	103
14	F	52	S	20	33	14	5	15	87
15	F	43	H	40	30	20	8	16	114
16	F	40	S	24	20	18	11	20	93
17	F	57	H	34	20	16	5	18	93
18	F	57	S	28	30	10	8	11	87
19	F	48	H	5	22	5	12	18	62
20	F	42	H	40	28	20	8	20	116
21	F	42	H	17	20	5	12	18	72
22	F	47	H	25	34	16	12	20	107
23	F	57	S	40	34	20	11	20	125
24	F	58	H	28	22	18	10	20	98
25	F	41	H	25	30	20	11	20	106
26	F	60	H	27	34	16	8	18	103
27	F	48	S	30	36	14	10	5	95
28	F	58	H	32	24	13	8	16	93
29	F	49	H	38	24	16	8	18	104
30	F	42	H	27	24	11	5	18	85

Apéndice J

Base de Datos Puntajes Brutos Hombres

Estos son los resultados antes de su estandarización resumidos de manera tabular, correspondientes a las respuestas de los hombres a las pruebas:

	Sexo	Edad	Salud	A. social	Reestrct.	Movil.	Eval. Pas.	Apoyo. Esp.	Total
1	M	45	S	20	22	5	12	16	75
2	M	48	S	25	28	24	9	16	102
3	M	54	S	40	34	20	5	20	119
4	M	54	H	32	30	22	11	14	109
5	M	60	S	34	28	20	16	5	103
6	M	50	S	24	20	20	11	20	95
7	M	55	S	34	24	14	5	20	97
8	M	52	S	40	30	20	11	18	119
9	M	50	H	38	20	20	5	18	101
10	M	52	S	40	20	20	5	16	101
11	M	48	H	38	22	20	5	20	105
12	M	42	S	40	20	20	11	20	111
13	M	47	S	28	30	20	10	8	96
14	M	52	H	34	24	10	5	20	93
15	M	47	S	38	24	20	8	18	108
16	M	54	H	24	18	18	11	18	89
17	M	60	S	34	20	20	5	12	91
18	M	54	H	25	20	16	5	16	82
19	M	50	H	26	36	13	10	16	101
20	M	42	S	40	34	20	11	20	125
21	M	48	S	26	24	20	10	20	100
22	M	52	S	27	34	20	11	20	112
23	M	60	H	34	28	14	8	14	98
24	M	60	S	40	24	18	5	20	107
25	M	45	S	24	30	18	20	5	97
26	M	62	S	30	18	20	11	12	91
27	M	44	H	30	34	12	11	18	105
28	M	59	S	28	20	16	5	8	77
29	M	57	S	40	22	12	5	11	90
30	M	60	S	38	22	16	5	24	105

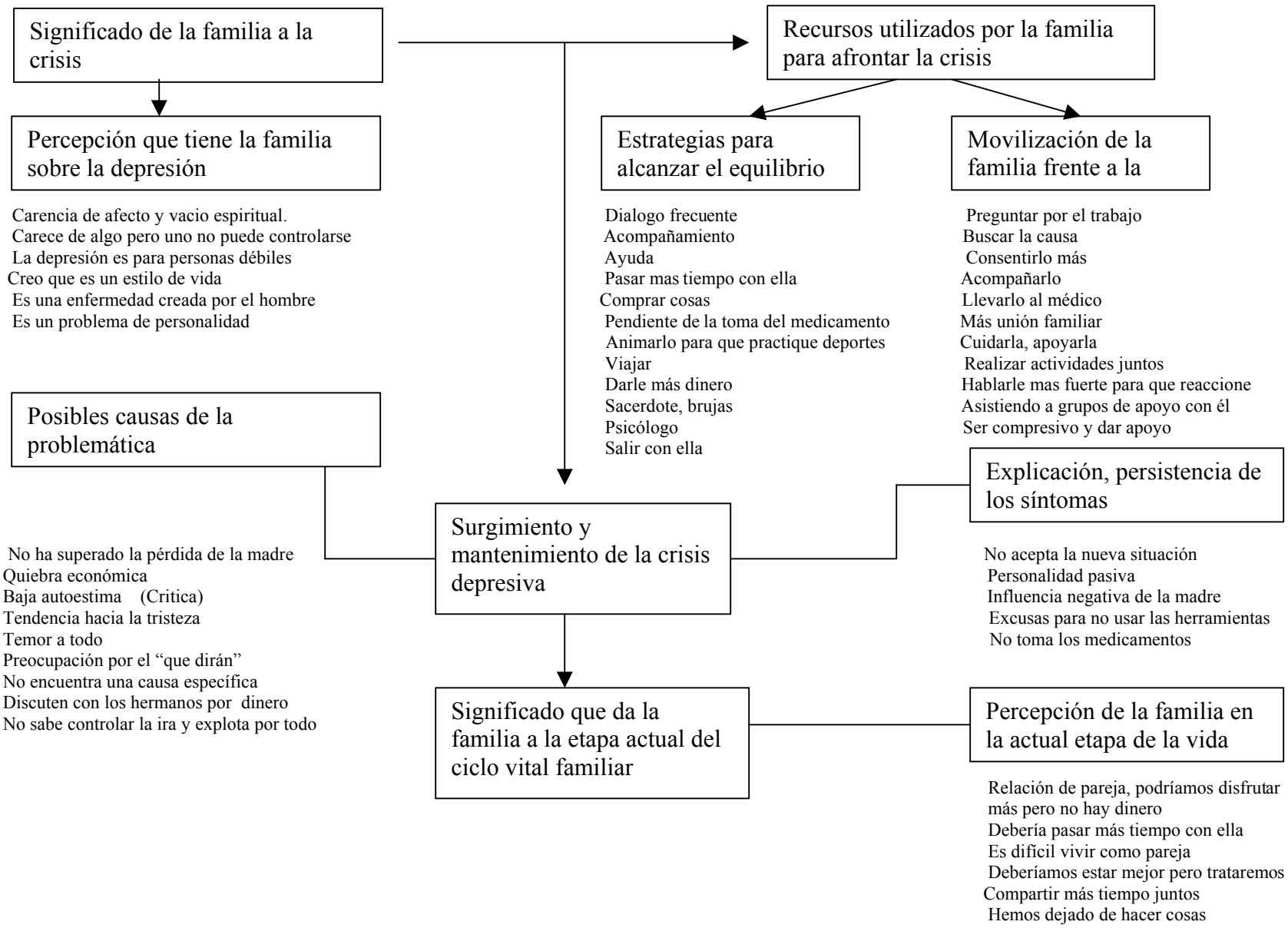
Apéndice K

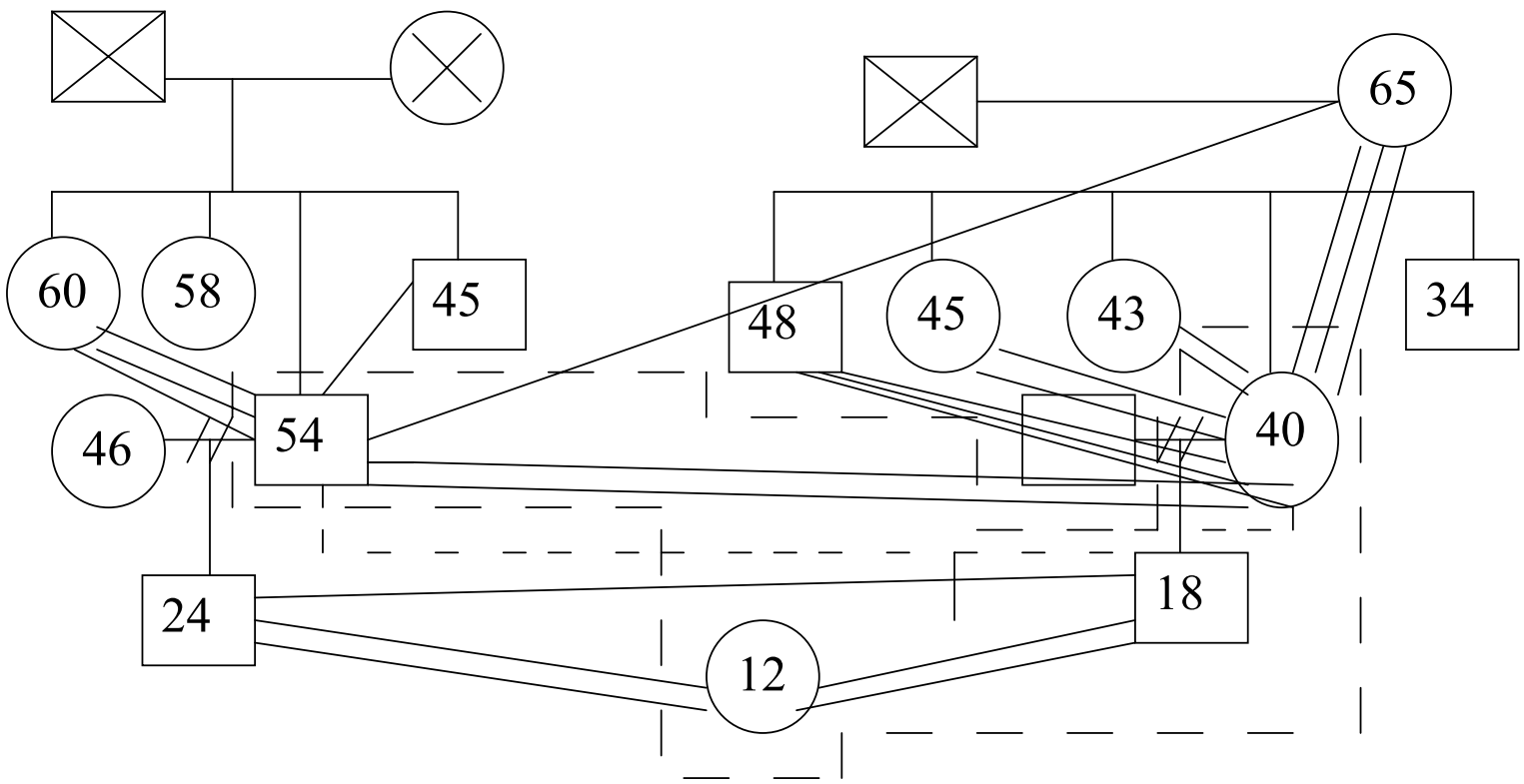
Base de Datos Puntajes Brutos Combinados

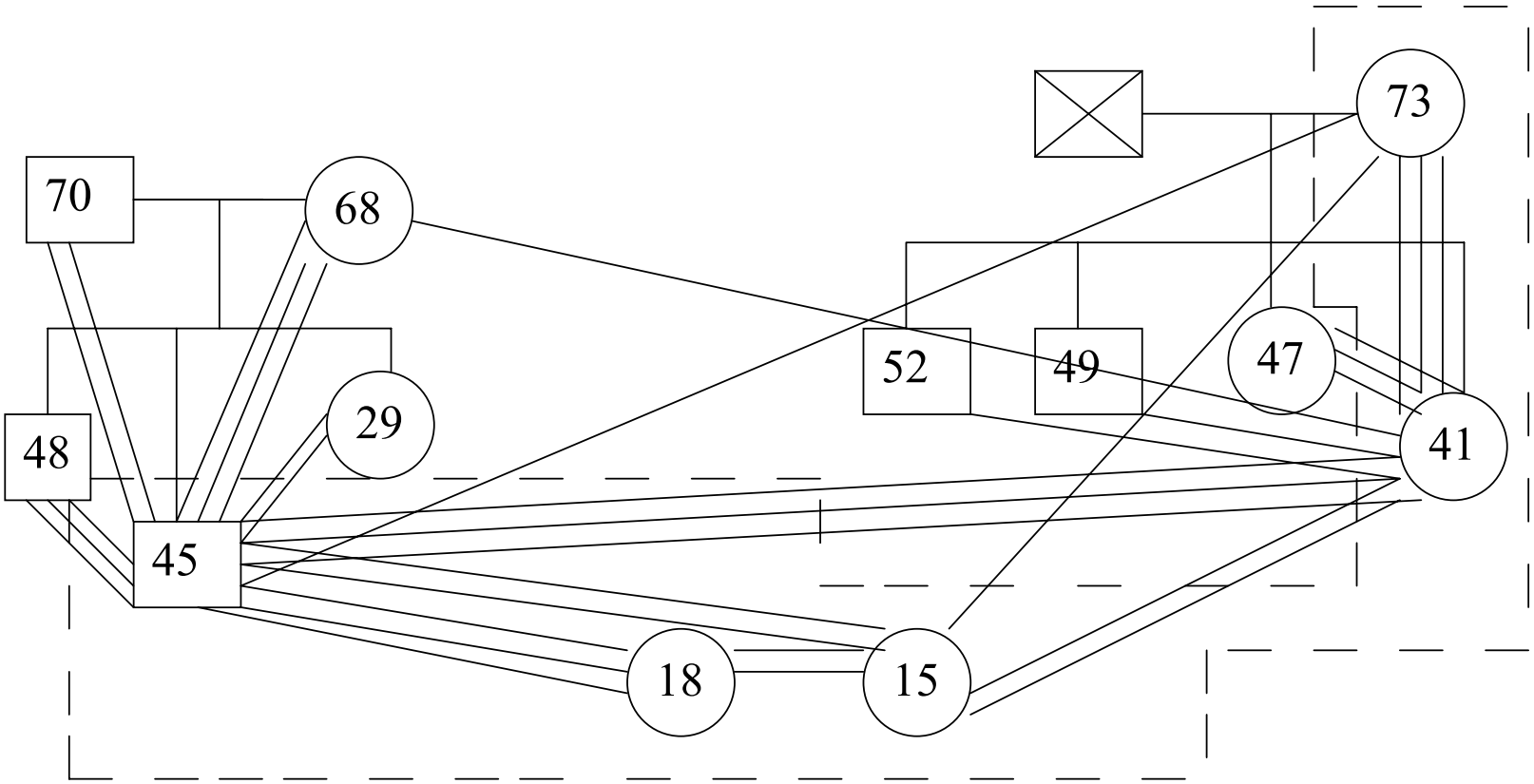
Estos son los resultados combinados antes de su estandarización resumidos de manera tabular, correspondientes a las respuestas a las pruebas de las mujeres y los hombres de la muestra:

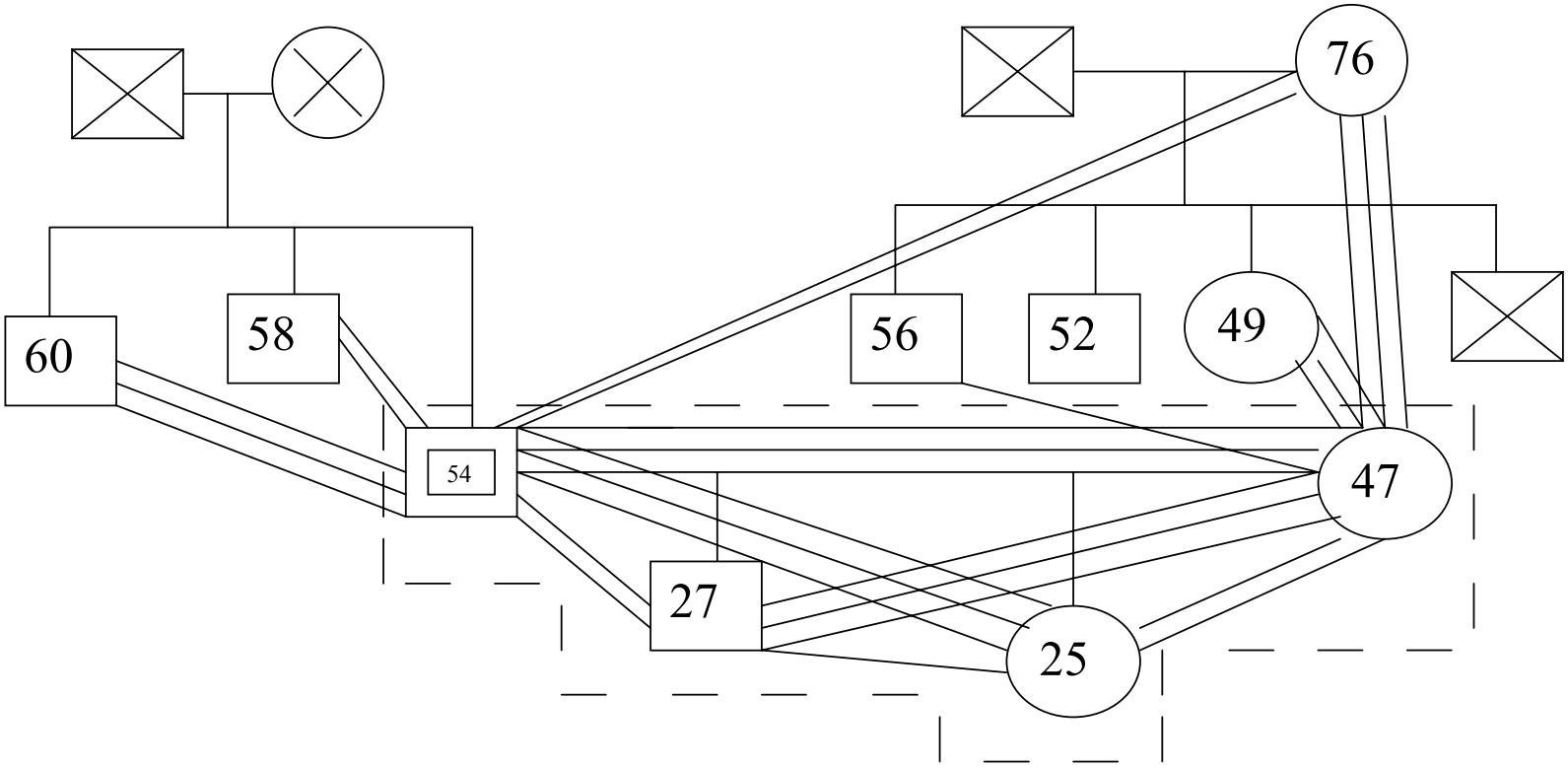
	Sexo	Edad	Salud	A. social	Reestrct.	Movil.	Eval. Pas.	Apoyo. Esp.	Total
1	F	43	H	27	30	8	10	16	91
2	F	42	H	25	33	14	8	5	85
3	F	50	H	27	16	16	9	15	83
4	F	40	S	25	33	14	8	20	100
5	F	58	H	40	34	20	20	11	125
6	F	45	H	17	23	13	10	16	79
7	F	53	H	25	18	16	8	20	87
8	F	58	H	32	36	13	8	18	107
9	F	48	S	26	20	13	10	11	80
10	F	49	H	28	24	20	8	16	96
11	F	48	S	32	24	12	8	16	92
12	F	46	H	38	22	10	5	18	93
13	F	43	H	34	30	18	5	16	103
14	F	52	S	20	33	14	5	15	87
15	F	43	H	40	30	20	8	16	114
16	F	40	S	24	20	18	11	20	93
17	F	57	H	34	20	16	5	18	93
18	F	57	S	28	30	10	8	11	87
19	F	48	H	5	22	5	12	18	62
20	F	42	H	40	28	20	8	20	116
21	F	42	H	17	20	5	12	18	72
22	F	47	H	25	34	16	12	20	107
23	F	57	S	40	34	20	11	20	125
24	F	58	H	28	22	18	10	20	98
25	F	41	H	25	30	20	11	20	106
26	F	60	H	27	34	16	8	18	103
27	F	48	S	30	36	14	10	5	95
28	F	58	H	32	24	13	8	16	93
29	F	49	H	38	24	16	8	18	104
30	F	42	H	27	24	11	5	18	85
31	M	45	S	20	22	5	12	16	75

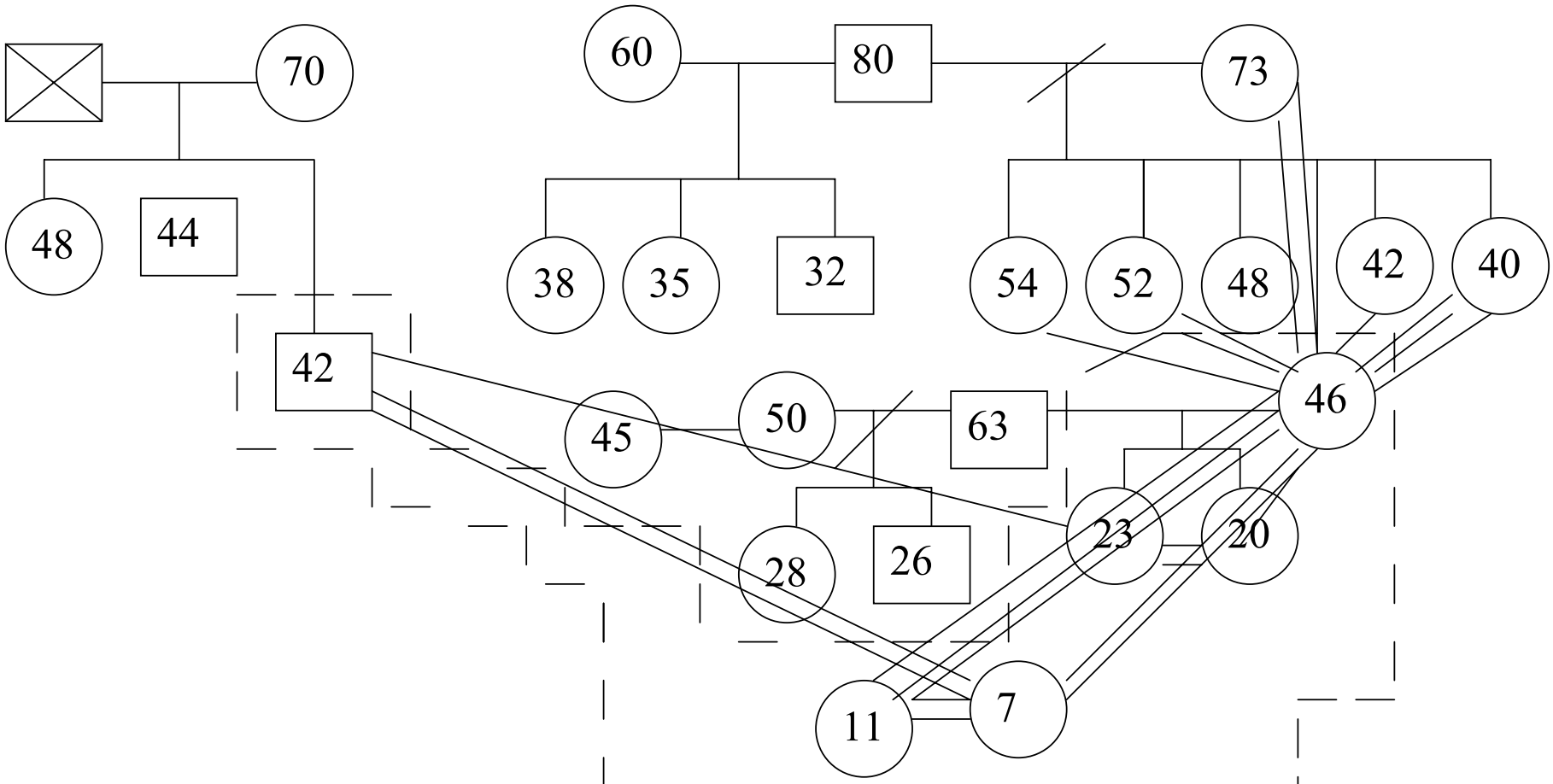
32	M	48	S	25	28	24	9	16	102
33	M	54	S	40	34	20	5	20	119
34	M	54	H	32	30	22	11	14	109
35	M	60	S	34	28	20	16	5	103
36	M	50	S	24	20	20	11	20	95
37	M	55	S	34	24	14	5	20	97
38	M	52	S	40	30	20	11	18	119
39	M	50	H	38	20	20	5	18	101
40	M	52	S	40	20	20	5	16	101
41	M	48	H	38	22	20	5	20	105
42	M	42	S	40	20	20	11	20	111
43	M	47	S	28	30	20	10	8	96
44	M	52	H	34	24	10	5	20	93
45	M	47	S	38	24	20	8	18	108
46	M	54	H	24	18	18	11	18	89
47	M	60	S	34	20	20	5	12	91
48	M	54	H	25	20	16	5	16	82
49	M	50	H	26	36	13	10	16	101
50	M	42	S	40	34	20	11	20	125
51	M	48	S	26	24	20	10	20	100
52	M	52	S	27	34	20	11	20	112
53	M	60	H	34	28	14	8	14	98
54	M	60	S	40	24	18	5	20	107
55	M	45	S	24	30	18	20	5	97
56	M	62	S	30	18	20	11	12	91
57	M	44	H	30	34	12	11	18	105
58	M	59	S	28	20	16	5	8	77
59	M	57	S	40	22	12	5	11	90
60	M	60	S	38	22	16	5	24	105

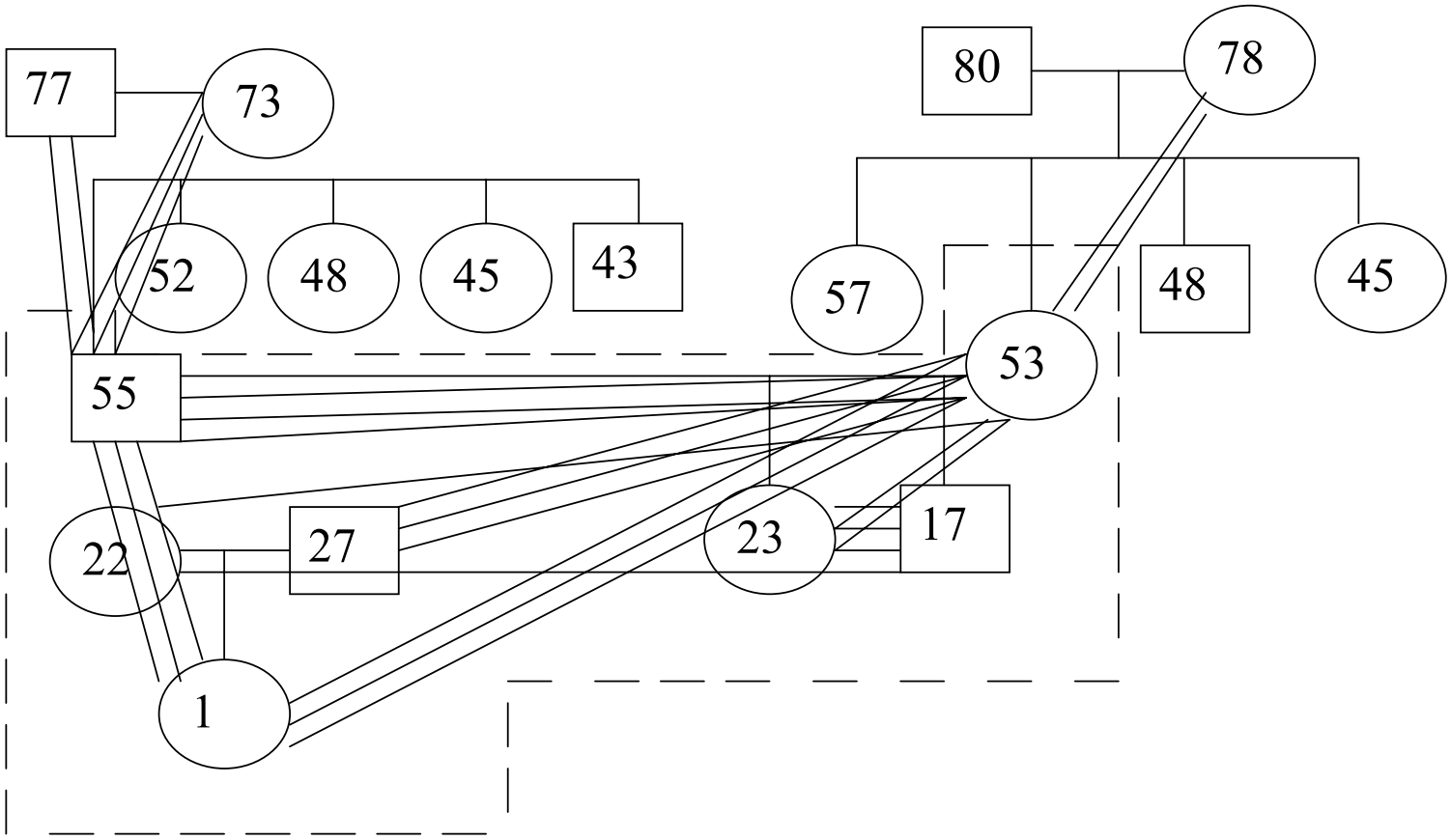

Significado de la familia a la crisis
Recursos utilizados por la familia para afrontar la crisis
Percepción que tiene la familia sobre la depresión
Estrategias para alcanzar el equilibrio
Movilización de la familia frente a la
Carencia de afecto y vacio espiritual.
Carece de algo pero uno no puede controlarse
La depresión es para personas débiles
Creo que es un estilo de vida
Es una enfermedad creada por el hombre
Es un problema de personalidad
Dialogo frecuente
Acompañamiento
Ayuda
Pasar mas tiempo con ella
Comprar cosas
Pendiente de la toma del medicamento
Animarlo para que practique deportes
Viajar
Darle más dinero
Sacerdote, brujas
Psicólogo
Salir con ella
Preguntar por el trabajo
Buscar la causa
Consentirlo más
Acompañarlo
Llevarlo al médico
Más unión familiar
Cuidarla, apoyarla
Realizar actividades juntos
Hablarle mas fuerte para que reaccione
Asistiendo a grupos de apoyo con él
Ser compresivo y dar apoyo
Posibles causas de la problemática
Explicación, persistencia de los síntomas
Surgimiento y mantenimiento de la crisis depresiva
No ha superado la pérdida de la madre
Quiebra económica
Baja autoestima (Critica)
Tendencia hacia la tristeza
Temor a todo
Preocupación por el "que dirán"
No encuentra una causa específica
Discuten con los hermanos por dinero
No sabe controlar la ira y explota por todo
No acepta la nueva situación
Personalidad pasiva
Influencia negativa de la madre
Excusas para no usar las herramientas
No toma los medicamentos
Significado que da la familia a la etapa actual del ciclo vital familiar
Percepción de la familia en la actual etapa de la vida
Relación de pareja, podríamos disfrutar más pero no hay dinero
Debería pasar más tiempo con ella
Es difícil vivir como pareja
Deberíamos estar mejor pero trataremos
Compartir más tiempo juntos
Hemos dejado de hacer cosas


60
58
45
48
45
43
34
65
46
54
40
24
18
12


70
68
73
52
49
47
29
48
41
45
18
15


76
60
58
56
52
49
54
47
27
25


70
60
80
73
48
44
38
35
32
54
52
48
42
40
42
46
45
50
63
23
20
28
26
11
7


77
73
52
48
45
43
55
22
27
1
80
78
57
48
45
53
23
17