

INDICE

MED. TESIS
N 325d
2008
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO: Biología
Código de inscripción: 07300210123258
67

ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA

ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA

C.R.I.D.A.I

Facultad de Medicina-UMSS

Residencia de Medicina Familiar

Policlinico N°32 C.N.S



2.1.1 b. Tipos de depresión	7
2.1.2.-Aspectos Epidemiológicos	7
2.1.3.-Fisiopatogenia de la Depresión	10
2.1.4.- Factores de Riesgo para la Depresión	11
2.1.5.-Depresión con Demencia Reversible	11
2.1.6.- Enfoque de la Depresión	12
2.1.7 La depresión en la mujer	14

DEPRESION Y CICLO VITAL FAMILIAR EN PADRES

DEPRESION Y CICLO VITAL FAMILIAR EN PADRES DE FAMILIA ASEGURADOS AL POLICLINICO N° 32

C.N.S CBBA GESTIÓN 2007

2.1.10. La depresión	17
2.1.11. Depresión y	18
2.1.12. Diagnóstico Diferencial de la Depresión	18
2.1.12.a.-Depresión mayor (endógena).	18
2.1.12.b.-Trastorno bipolar, fase depresiva	18
2.1.12.c.-Trastorno distímico	19
2.1.12.d.-Trastorno adyacente a un estado de ánimo depresivo	19
2.1.12.e.-Duelo no complicado	19
2.1.12.f.-Depresión secundaria a problemas somáticos y medicamentosos	19
2.1.13.- Depresión y etapas del CVF	20
2.1.14.-Evaluación diagnóstica y tratamiento	20
2.1.14.a) DSM-IV	20
2.1.14.b) Tratamiento	24
2.2.- Ciclo Vital Familiar	27

10-B-

6-11.02.08



AUTOR: Dra. Verónica Janeth Navia Rojas

RESIDENTE 1º Año-Medicina Familiar

TUTOR: DR.: Henry Solís Fuentes

CBBA-BOLIVIA

GESTIÓN 2008

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN -Definiciones y Conceptos	17
1.-Introducción y Justificación:	2
2.-Marco Teórico	7
2.1 Depresión	7
2.1.1 Definición y Clasificación	7
2.1.1 a. ¿Qué es un trastorno depresivo	8
2.1.1 b. Tipos de depresión	9
2.1.2.-Aspectos Epidemiológicos	10
2.1.3.-Fisiopatogenia de la Depresión	10
2.1.4.- Factores de Riesgo para la Depresión	11
2.1.5.-Depresión con Demencia Reversible	11
2.1.6.- Enfermedad de Alzheimer y Depresión	13
2.1.7 La depresión en la mujer.	14
2.1.8. Depresión en el hombre	14
2.1.9. La depresión en la vejez.	15
2.1.10. La depresión en la niñez	17
2.1.11. Depresión y Alcohol.	18
2.1.12. Diagnóstico Diferencial de la Depresión	18
2.1.12.a.-Depresión mayor (endógena).	18
2.1.12.b.-Trastorno bipolar, fase depresiva	18
2.1.12.c.-Trastorno distímico	19
2.1.12.d.-Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	19
2.1.12.e.-Duelo no complicado	19
2.1.12.f.-Depresión secundaria a problemas somáticos	38
y medicamentosos	19
2.1.13.- Depresión y etapas del CVF	20
2.1.14.-Evaluación diagnóstica y tratamiento	20
2.1.14.a) DSM-IV	20
2.1.14.b) Tratamiento	24
2.2.- Ciclo Vital Familiar	27

Resumen

Pág.

2.2.1.-Definiciones y Conceptos	27
2.2.1.a) Modelo de Duvall	27
2.2.1.b) Modelo de la OMS	28
2.2.1.c) CVF de Geyman	29
2.2.2.- Asesoramiento Familiar Anticipado	30
3.-Planteamiento del Problema	31
4.-Objetivos	31
4.1:General	31
4.2:Específicos	31
5.-Hipótesis	32
6.-Metodología	32
6.1:Tipo de Estudio	32
6.2:Cronología	32
6.3: Universo	32
6.4: Muestra	32
6.5. Instrumentos de Medición y Recolección de Datos	32
6.6- Criterios de Inclusión y de Exclusión	37
6.6.1.-Criterios de Inclusión	37
6.6.2.-Criterios de Exclusión	37
7.Variables	37
7.1.Dependientes	37
7.2.Interviniente	37
7.3.Independientes	37
8.- Definición Operacional de Variables	38
9.-Resultados	39
10.Conclusiones	42
11.-Recomendaciones	44
13.-Bibliografía.	46

ANEXOS.

Resumen

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes cuya frecuencia ha ido incrementando en los últimos tiempos con edades de inicio más tempranas y menor diferencia entre ambos sexos apareciendo en cualquier etapa de la vida. Los médicos de familia tenemos un alto número de consultas relacionadas implícita o explícitamente con la depresión, no obstante es frecuente la falta de reconocimiento de la misma como causa de padecimientos, tanto por parte del médico como por el paciente.

En el presente estudio se determinó la prevalencia de depresión en padres de familia asegurados al Policlínico N° 32 de la CNS Cbba en las etapas del Ciclo Vital Familiar. Se trata de un estudio de corte transversal, analítico, efectuado en el período comprendido de Septiembre a Noviembre de la gestión 2007, cuya muestra de 50 pacientes se obtuvo por conveniencia y al azar. Se plantea como hipótesis que en las etapas de extensión como lo son las etapas IIA-IIB-III, predominan los cuadros depresivos, debido a los problemas económicos, laborales y de adaptación que supone la ampliación de la familia. Se realizaron los siguientes cuestionarios autoadministrados: *APGAR FAMILIAR*, para identificar funcionalidad familiar, la *Escala de Depresión de Zung*, para identificar depresión, *Escala de Holmes -Rahe* para evaluar el estrés (AVEs), *método simplificado de Blake y McKay* para identificar redes de apoyo social y un cuestionario tomado de L. de la revilla para clasificar la etapa del CVF de los participantes del estudio.

Los resultados fueron: 98% de padres de familia con algún grado de depresión: leve 52%(26), moderada 42%(21), grave 4%(2) y 2% sin depresión. En todas las etapas del CVF se evidenció cuadros depresivos, las formas graves aunque en muy escaso porcentaje se obtuvieron en la etapa IIB en la que 20% de 10 padres de familia identificados en esta etapa presentan depresión grave. En las etapas I, IIA, III, IV y V se identificaron cuadros depresivos leves a moderados o ningún grado de depresión. En cuanto a género, la prevalencia de depresión es mayor en el sexo femenino (68%), siendo mayor en el grupo etareo > a 66 años. En todas las etapas se identificó en mayor porcentaje a familias normofuncionales: *APGAR FAMILIAR* 7-10 puntos (82%). La presencia de estresores psicosociales (AVEs) no fue significativa ya que un 70% de los pacientes obtuvo una puntuación de 0-149 puntos, por lo que no presentan problemas importantes capaces de repercutir en el individuo o la familia. Esto podría deberse a que la mayoría de los pacientes (86%), cuentan con una red social media a elevada, permitiéndoles mantener un equilibrio y un estado de normofuncionalidad.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Trastornos depresivos, Ciclo Vital Familiar.

A lo largo de las diferentes etapas del CVF, surgen problemas psicológicos, entre ellos cuadros depresivos, que son producto de la transición de una etapa a la otra, en la que la obligación que tienen los miembros de la familia de adaptarse a nuevas situaciones y de asumir los cambios, produce el dolor de la "transición", y se genera cuando no son asumidos sentimientos de tristeza, ansiedad e indignación.

DEPRESIÓN Y ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR

POLICLÍNICO N° 32 C.N.S

GESTIÓN 2007

1. Introducción y Justificación:

A lo largo de las diferentes etapas del CVF, los médicos de familia tenemos un alto número de consultas relacionadas implícita o explícitamente con la depresión. Los pacientes que presentan depresión, se caracterizan por generar demanda al sistema médico debido a la gran cantidad de consultas que realizan por síntomas somáticos. No obstante es frecuente observar la falta de reconocimiento de la depresión como causa del padecimiento, tanto por parte del médico como del paciente, lo que produce respuestas inapropiadas (análisis de laboratorios, tratamientos inadecuados, y consultas innecesarias). Se estima que menos de la cuarta parte de los pacientes con esta patología recibe un tratamiento adecuado.

En América Latina, debido a la crisis económica, se destina al capítulo de salud sólo el 6,2% de los fondos del producto interior bruto. De este porcentaje tan menguado, podemos imaginar que el asignado al área de salud mental es muy limitado. Sin embargo, los trastornos mentales han experimentado un espectacular subida debido al aumento del consumo de alcohol y drogas.

A lo largo de las diferentes etapas del CVF, surgen problemas psicológicos, entre ellos cuadros depresivos, que son producto de la transición de una etapa a la otra, en la que la obligación que tienen los miembros de la familia de adaptarse a nuevas situaciones y de asumir los cambios, produce el dolor de la " transición", y se genera cuando no son asumidos sentimientos de tristeza, ansiedad e indignación.

Los médicos de Familia se distinguen de sus colegas de otras especialidades por atender familias.

Conociendo el crecimiento y desarrollo de una familia, el médico descubre información que le permite diagnosticar problemas y, a su vez, la familia misma se convierte en un recurso para el manejo de estos.

Simultáneamente aumenta su confianza en el médico como consecuencia del vínculo desarrollado a través del seguimiento longitudinal. Familias y médicos comparten momentos importantes de la vida familiar, como pueden ser el nacimiento de un hijo, una enfermedad importante, problemas económicos o la muerte de un ser querido.

Este contacto íntimo, lleva al establecimiento de un estrecho vínculo médico-paciente-familia.

Construir genogramas con la información personal también contribuye a este vínculo. Este instrumento también nos revela información importante sobre la familia que servirá como guía para el encuentro clínico. Es una herramienta que puede utilizarse de varias maneras.

A menudo el médico construye su estructura básica durante la primera consulta, y luego la completa en las visitas siguientes a lo largo de la continuidad en la atención del paciente.

Con frecuencia se invita a los pacientes a compartir el dibujo del genograma.

Esto muchas veces hace que reflexionen sobre patrones de la dinámica de la familia, algunos de los cuales trascienden las generaciones que querrán conservar, prevenir o modificar.

La atención longitudinal centrada sobre la familia supone llevarla a cabo de forma continuada y a lo largo del tiempo, resolviendo los problemas y proporcionando acciones de prevención y

promoción de la salud la cual se facilita cuando el médico sabe que la familia tiene una *Historia Natural* que la hace caminar por excesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que son *previsibles* por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas. Estas etapas conforman el denominado *Ciclo Vital Familiar(CVF)*, que se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución. Este ciclo esta constituido por etapas de complejidad creciente, variando además las características sociales y económicas desde su formación hasta su disolución.

Aunque los estudios relacionados con el CVF datan de primeros de siglo, Glick fue el primero que investigo las características de la vida familiar en cada una de las etapas al comparar los cambios sufridos en el ciclo vital de familias norteamericanas entre 1899 y 1940, subrayando en su estudio ciertas tendencias de gran interés para mostrar algunos efectos de tales cambios familiares.

Cuando el CVF se disloca o interrumpe, o cuando la familia tiene dificultades para cumplir las funciones específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran la homeostasia familiar, situaciones que de no resolverse de forma satisfactoria desembocaran en una crisis del sistema.

En las primeras etapas del CVF los miembros de la pareja, deberán adaptarse al matrimonio, asumiendo cambios que requieren la aceptación mutua a los niveles emocional, cultural y sexual. La pareja va diseñando estrategias para enfrentarse con los desacuerdos. Esta es la fase de "Nido sin Usar", en la que el marido y la mujer, pueden utilizar no solo el poder de la fuerza, sino otros elementos más sutiles como el poder de la enfermedad o de la debilidad. La pareja además se enfrenta con graves problemas de adaptación que pueden ser

mitigados cuando el matrimonio vive cerca de sus padres o de personas que puedan brindarles apoyo necesario.

Posterior a esta etapa viene la Etapa de la "pareja que espera", es el periodo de embarazo, el cual tiene una influencia muy marcada en la mujer, su estado de ánimo puede cambiar considerablemente, algunas sufren depresiones y algunas se sienten muy bien. Muchos de los problemas psicológicos que emergen en esta etapa son viejos problemas no resueltos, o resueltos parcialmente y relacionados con los miembros de la familia, episodios traumáticos de la vida pasada, etc.

La pareja que espera puede enfrentar nuevas cargas y papeles dentro de los cuales destacan: adaptación a la realidad biológica del embarazo, problemas económicos relacionados con nuevos gastos, la vivienda, cambios en las relaciones y actividades extrafamiliares por lo tanto el apoyo aportado por sus familias de origen es muy importante en esta etapa..

La segunda etapa del CVF (Recién Nacido, Preescolar y Escolar), supone un cambio sustancial en la vida de la pareja que deberá adaptarse a los nuevos requerimientos que supone la ampliación de la familia. A las mujeres se les plantea un problema especial, puesto que deberán añadir al papel de esposa el de madre. Durante esta etapa suelen presentarse ciertos problemas de salud como: enfermedades transmisibles, trastornos del comportamiento, problemas de socialización y afecto, niño abandonado y maltratado. En esta etapa aumentan el número de familias monoparentales y la formación de segundas familias, con los riesgos que para la homeostasia familiar conllevan ambas situaciones.

La tercera Fase del CVF que abarca la etapa de la adolescencia que se inicia aproximadamente a los 11 años, se produce una conmoción mayor o menor en el seno familiar. El niño que ya ha madurado crea nuevas tensiones en la familia, el tono emocional que predomina en muchas de ellas es la ansiedad, que surgen básicamente por el temor a

perder el control, el respeto e incluso el amor de los hijos. En esta etapa surgen diversos problemas de salud como consumo de sustancias: alcohol, drogas, medicamentos psicotropos, delincuencia juvenil, suicidio, embarazos no deseados, violaciones, accidentes de trafico, etc. El papel de los padres es muy importante ya que son ellos los que deben marcar ciertas normas y fronteras, de manera que el adolescente conozca los límites que no debe traspasar.

La Cuarta etapa del CVF se inicia con la salida del primer hijo del hogar, se la conoce también como " familia lanzadera" o " plataforma de colocación". El inicio de la contracción de la familia va a ocasionar modificaciones de papeles y tareas en los miembros que se mantienen en el hogar y los cambios de relaciones con los que se marchan. Comienza esta etapa cuando los cónyuges tiene 45-50 años, el afecto y el apoyo se mantendrán pero de una forma más sutil y distante. Los problemas de salud más importantes y frecuentes en esta etapa son: enfermedades cardiovasculares, enfermedad coronaria, trastornos cerebro vasculares, HTA, diabetes mellitus, depresión y trastornos emocionales diversos.

Y finalmente e las etapas Quinta y Sexta del CVF, las cuales se inician cuando se marcha el ultimo hijo(quinta etapa), concluyendo con la muerte de uno de los cónyuges(sexta etapa), es el inicio de la disolución de la familia. Los papeles de la pareja en esta etapa de " nido vacío" son cada vez más restringidos, pues es la ocasión para redescubrir al otro miembro de la pareja. Siendo la soledad uno de los factores más negativos con que se enfrenta la pareja durante las etapas finales del CVF, cuya situación se agrava cuando se a perdido al cónyuge y han fallecido también otros amigos y siendo justamente en esta etapa en que aumentan las enfermedades crónicas, la incapacidad física y la utilización de los servicios de salud, no cabe duda que es precisamente en estas situaciones cuando las organizaciones de voluntarios, otras similares, y el médico de familia a través de los trabajadores sociales tienen mucho que ofrecer.

El presente trabajo propone estudiar la prevalencia de depresión durante las etapas del ciclo vital familiar en padres de familia (padre o madre), asegurados al policlínico N° 32 de la CNS (Ubicado en la Av. Ayacucho entre Gral. Acha y Santibáñez) de la ciudad de Cochabamba, durante los meses de Septiembre a Noviembre del año 2007, y los factores psicosociales y medioambientales que determinan su presentación; ya que el médico de familia es el único especialista que tiene la oportunidad de contemplar el paso sucesivo de las etapas del CVF de sus pacientes y por esta razón ocupa una inmemorable posición en la prevención de problemas clínicos y psicosociales, en el asesoramiento y en la potenciación de cambios conductuales que nos permitan la prestación de ayuda en las crisis desencadenadas a lo largo de las diferentes etapas.

Entonces, para que nos sirve conocer la etapa del ciclo vital CVF en que se encuentra nuestro consultante? En primer lugar para poner en marcha actividades preventivas de asesoramiento anticipado que eviten los acontecimientos vitales estresantes relacionados unas veces con la transición entre las fases de CVF. En segundo lugar para que utilicemos los recursos terapéuticos individuales o familiares teniendo en cuenta las características emocionales y sociales de cada etapa. Y en tercer lugar para relacionar las necesidades de cada fase del ciclo vital con la oferta de los programas de salud comunitarios, por ejemplo el programa de la mujer, en su actividad de control de embarazada con la etapa I A, la etapa II, con la planificación familiar en adolescentes, las etapas III-IV con el diagnóstico precoz del cáncer de mama y cuello uterino, etc.

2.-Marco Teórico.

2.1 Depresión:

2.1.1 Definición y Clasificación: