

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

IMPACTO EN EL SISTEMA FAMILIAR DEL MANEJO DEL TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR A UNO DE SUS MIEMBROS EN EL INSTITUTO DE LA
FAMILIA INC. (IDEFA), PERIODO SEPTIEMBRE 2019 – FEBRERO 2020



Trabajo de Grado presentado por:

Pamela Vanessa Cabrera De Los Santos

Kimberly De La Rosa Hilario

Para la obtención del título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo, D.N.

2020

**IMPACTO EN EL SISTEMA FAMILIAR DEL MANEJO DEL
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR A UNO DE SUS MIEMBROS
EN EL INSTITUTO DE LA FAMILIA INC. (IDEFA), PERIODO
SEPTIEMBRE 2019 – FEBRERO 2020**

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	6
RESUMEN.....	10
ABSTRACT	11
I. INTRODUCCIÓN.....	12
I.1 Antecedentes	14
I.1.1 Internacionales	14
I.1.2 Nacionales	18
II.1 Justificación del problema	20
II.2 Planteamiento del Problema.....	23
II.3 Objetivos de la Investigación	24
II.3.1 Objetivo General.....	24
II.3.2 Objetivos Específicos	24
III. MARCO TEÓRICO	25
III.1 La Familia	25
III.2 Características de la Familia	26
III.3 Tipos de Familia	27
III.3.1 Familia Nuclear	28
III.3.2 Familia Extensa	28
III.3.3 Familia Monoparental.....	29
III.3.4 Familia Reconstituida	29
III.4 Impacto de la Enfermedad en la Familia.....	30
III.5 Etapa del Ciclo Vital	30
III.6 Rol de la Familia	31

III.7	Cultura Familiar	32
III.8	Nivel Socioeconómico de la Familia	33
III.9	Sobrecarga del Cuidador Familiar	34
III.10	Fases de Adaptación al Cuidado	37
III.11	Repercusiones en la Salud de los Cuidadores	39
III.12	Síndrome de Burnout en los Cuidadores	41
III.13	Efectos del Estrés en la Salud.....	45
III.14	Trastorno Depresivo Mayor	47
III. 14.1	Historia	48
III. 14.2	Epidemiología	50
III. 14.3	Etiología	51
III. 14.4	Criterios diagnósticos.....	52
III. 14.5	Tratamiento	53
III.15	Impacto del Trastorno Depresivo Mayor en la Familia.....	54
IV. MARCO METODOLÓGICO.....		58
IV.1	Operacionalización de las Variables	58
IV.2	Tipo de Estudio	59
IV.3	Área de Estudio.....	59
IV.4	Universo.....	59
IV.5	Muestra	59
IV.6	Criterios	60
IV.6.1	Criterios de Inclusión	60
IV.6.2	Criterios de Exclusión	60
IV.7	Instrumentos de recolección de datos	60

IV.8	Procedimientos de recolección de datos	61
IV.9	Plan de Análisis de Datos	61
IV.10	Aspectos Éticos.....	61
V.	RESULTADOS.....	63
VI.	DISCUSION	81
VII.	CONCLUSION	85
VIII.	RECOMENDACIONES	89
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	90
X.	ANEXOS	101
X.1	Cronograma de Actividades	101
X.2	Presupuesto (Costos y Recursos)	102
X.3	Consentimiento Informado	103
X.4	Encuestas.....	104

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, por brindarme luz, paz, paciencia y fortaleza en los momentos difíciles, por permitirme sentir tu presencia cuando sentía que ya no daba para más, por darme la sabiduría necesaria para obtener una lección después de cada piedra atravesada en el camino.

«Inclina a mí tu oído, escucha mi palabra. Muestra tus maravillosas misericordias, tú que salvas a los que se refugian a tu diestra, de los que se levantan contra ellos. Guárdame como a la niña de tus ojos; escóndeme bajo la sombra de tus alas.» *Salmos 17: 6-8*

«Porque este Dios es Dios nuestro eternamente y para siempre; Él nos guiará aún más allá de la muerte. » *Salmos 48:14*

A mis padres, por darme la vida, por acompañarme en lo largo de este camino, por creer y confiar en mí incluso cuando ni yo misma lo hacía, por el apoyo incondicional.

A mi madre por escuchar mis dudas y brindarme consejos, por ser mi guía y mi ejemplo a seguir. Gracias por apostar por mí, por tus sacrificios, por tu amor. A mi padre por sus enseñanzas, consejos e historias que son tesoros que guardo. Por darme tu cariño, por tener fe en mí y por estar siempre presente. No hay manera para devolverles lo mucho que han hecho por mí, los amo.

A mis hermanas, Catherine y Jennifer, por demostrarme que el tiempo y la distancia no significan nada, que a pesar de no vernos diariamente siempre han estado presentes para mí en todo este proceso, por celebrar mis triunfos y acompañarme a pelear mis batallas. Por brindarme palabras de aliento en los momentos oscuros. Porque si los hermanos se pudieran elegir las escogería a ustedes un millón de veces.

A mi compañera de tesis y mi amiga, Pamela, quien ha sido mi mano derecha en todo este proceso, no cambiaría nada y le doy gracias a Dios por ponerte en mi

vida. El camino fue largo y difícil, pero fue posible gracias a nuestro trabajo duro y dedicación. Gracias por entenderme, por estar y por aceptarme tal y como soy. Definitivamente uno de los mejores regalos que me dio la UNPHU.

Agradezco a la Dra. Annabel Espinosa, la Dra. Edelmira Espaillat por la ayuda incondicional que nos brindaron, por creer en nosotras, por su disposición y entrega en todo momento. Sin ustedes esto no hubiera sido posible.

A la Dra. Jeannette Báez, por su interés y dedicación, por sus correcciones atinadas, por brindarnos la capacidad de poder acudir a usted en todo momento para guiarnos durante todo el proceso de la tesis.

Gracias a mis familiares, amigos y compañeros que me acompañaron durante este camino, gracias por estar, por confiar y por apoyarme.

Kimberly De La Rosa Hilario

En primer lugar agradezco a Dios, por ser mi guía durante este largo trayecto de la carrera y estar presente no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento dándome la fortaleza y sabiduría para seguir adelante a pesar de los obstáculos y adversidades, sin Él nada de esto hubiera sido posible.

A mis padres, por creer en mí día a día y brindarme su apoyo incondicional en los momentos más difíciles no sólo de la carrera sino también de la vida, por todos sus esfuerzos para que no me faltara lo esencial para seguir estudiando hasta culminar esta etapa de mi vida, por siempre aconsejarme, por desearme lo mejor y permitirme cumplir todas mis metas, les estaré eternamente agradecida por todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos, que de una u otra forma me han apoyado durante este difícil camino, especialmente mi hermana, por haberme ayudado siempre que la he necesitado y por imprimirme todas las tareas que le mandaba sin importar si eran de un día para el otro, por ser mi despertador y levantarme temprano todos los días o llamarme por teléfono diez veces si era necesario si ya estaba en el trabajo para que yo me levantara y no llegara tarde a la universidad.

A mis abuelos, por haber estado presente en cada etapa de mi vida, por cuidarme desde pequeña, brindarme su apoyo, aconsejarme y hacerme reír todos los días, especialmente a mi abuelo, que a pesar de ya no estar físicamente conmigo, siempre creyó en mí, me apoyó e impulsó a seguir adelante con la carrera, recordándome en todo momento que yo iba a ser su Doctora que lo iba a curar para ya no sentirse mal, gracias por todo lo que me diste y enseñaste; te extraño todos los días de mi vida, gracias por tanto Papá.

A mi compañera de tesis, Kimberly De La Rosa, por haber estado conmigo en todo momento, por escucharme todos los días, soportar mis lágrimas, alegrías, quejas y frustraciones, ser mi consejera en la vida, por cuidarme y preocuparte por mí siempre, por decirme cuando estoy haciendo las cosas mal, por entenderme cuando yo misma no lo hago, por siempre acordarme las cosas a tiempo, por compartir conmigo esta experiencia tan frustrante e inolvidable de

nuestras vidas, gracias por ser la mejor amiga que me ha regalado la vida, te amo y te agradezco infinitamente por todo.

A mi amiga, Ibel Meléndez, por ser una de mis primeras amigas en la universidad y haberse convertido en una de mis mejores amigas, por escuchar todas mis crisis y frustraciones de vida y de la tesis, por estar conmigo siempre a pesar de todo lo que ha pasado, te amo y te doy gracias por brindarme tu amistad sincera.

A mi amiga Massiel Santos, por haber estado presente siempre que la he necesitado y responder todas mis dudas a lo largo de toda la carrera, por estar dispuesta a ayudarme y ser paciente conmigo.

A la Dra. Jeannette Báez, Coordinadora de la Unidad de Investigación en la universidad, por habernos brindado su apoyo y ayuda desde el principio para la realización de esta investigación de manera satisfactoria.

A la Dra. Annabel Espinosa, nuestra asesora clínica, por haber estado dispuesta a ayudarnos desde el principio, respondernos todas las inquietudes que hemos tenido y por el asesoramiento en el transcurso de la elaboración de este trabajo de investigación.

A la Dra. Edelmira Espailat, nuestra asesora metodológica, por brindarnos su tiempo, por sus recomendaciones y ayuda para llevar a cabo esta investigación.

Pamela V. Cabrera De Los Santos

RESUMEN

En el momento que el Trastorno Depresivo Mayor irrumpe en la familia, se produce una desorganización, cambiando el funcionamiento de la dinámica familiar, por el desgaste físico, emocional y las demás implicaciones que conlleva el cuidado. Con el objetivo de determinar el impacto en el sistema familiar del manejo del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) a unos de sus miembros en el Instituto de la Familia Inc. (IDEFA), se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección prospectiva de datos. La muestra estuvo constituida por 50 familias de pacientes diagnosticados con TDM que recibieron tratamiento en el IDEFA en el período Septiembre 2019 a Febrero 2020, a los cuales se les aplicó como instrumento de recolección de datos, una encuesta llamada «Evaluación del Impacto en el Sistema Familiar del Trastorno Depresivo Mayor a uno de sus miembros», que fue creada a partir del Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA) y de la versión en español del cuestionario Impact On Family Scale (IFS), la cual cuenta con variables sociodemográficas y otras destinadas a medir el impacto de este trastorno en el sistema familiar, y el otro cuestionario utilizado fue la «Escala de Zarit» destinada a determinar el grado de sobrecarga. El TDM es más frecuente en el sexo femenino en un 68 por ciento, mientras el promedio de edades con un 61.6 por ciento es de 30.8 años. Las familias cuentan con una red de apoyo por parte de los demás miembros en un 92 por ciento y el 60 por ciento no siente la misma energía para realizar actividades sociales. En la mayoría de los casos, la madre asume el rol de cuidador principal en un 48 por ciento, el 72 por ciento de las familias no presentó sobrecarga y el 70 por ciento indicó que los gastos económicos han aumentado de manera significativa.

Palabras claves: familia, Trastorno Depresivo Mayor (TDM), red de apoyo, actividades sociales, cuidador principal, sobrecarga.

ABSTRACT

When the Major Depressive Disorder bursts into the family, disorganization occurs, changing the functioning of family dynamics, due to physical, emotional wear and other implications of care. In order to determinate the family system Impact of the management of Major Depressive Disorder (MDD) to one of its members, an observational, descriptive and cross-sectional study of prospective collection of data was performed. The sample consisted of 50 families of patients diagnosed with MDD who received treatment at the Family Institute Inc., from September 2019 to February 2020. Based on the Family Impact Instrument and the Spanish version of the Impact on the Family Scale (IFS) questionnaire a survey called «Family System impact assessment of the Major Depressive Disorder to one of its members» was developed. This survey has sociodemographic and other variables designed to measure the impact of this disorder on the family system. Another questionnaire used was «The Zarit Burden Interview» to measure the degree of overload. The MDD is more frequent in females with a 68 percent, whereas the average age with a 61.6 percent is at 30.8 years. In addition, 92 percent of the families count with a support network from other family members and 60 percent don't feel the same energy to carry out social activities. In most cases, the mother assumes the role of primary caregiver at 48 percent, 72 percent of the families did not show overload and 70 percent of the families indicated that their economic expenses increased significantly.

Keywords: family, Major Depressive Disorder (MDD), support network, social activities, caregiver, burden.

I. INTRODUCCIÓN

Históricamente, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), ha sido definido como una de las enfermedades mentales más frecuente en la población mundial, afligiendo a más de 300 millones de personas en ámbitos laborales, escolares y familiares, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹

No obstante, con el paso de los años, el cuidado de pacientes que sufren de este trastorno mental ha pasado de instituciones, a familias en donde se requiere que un integrante de la misma asuma el rol de cuidador, provocando a su vez cambios positivos o negativos en las interacciones familiares.² Sin embargo, es notable la falta de orientación y el escaso apoyo social que existe a nivel de la comunidad y de la población, lo que pone en riesgo el bienestar y manejo del enfermo así como la funcionalidad del núcleo de la sociedad, la familia.³

El impacto que los trastornos mentales ejercen sobre las personas y sus familiares es indiscutible, debido a que la persona que padece el trastorno no sufre únicamente por la presencia de los síntomas inherentes a su enfermedad⁴, sino también por su incapacidad para realizar cualquier actividad de su vida diaria. Mientras que los familiares de los pacientes enfermos no solo se ven obligados a proporcionar apoyo físico y psicológico, al igual que recursos económicos, sino también a soportar junto con su familiar enfermo el impacto negativo y discriminatorio que aún persiste en nuestra sociedad.⁵

Asimismo, el cuidar de un familiar enfermo demanda tiempo e implica consecuencias físicas como alteraciones del sueño, estrés, ansiedad, y agresividad; ocasionando un estado progresivo de dependencia en el cuidador, que aumenta a medida que progresa la enfermedad de la persona que padece el trastorno.⁶

Esta dependencia conlleva a que aumente la actividad, vigilancia y atención que se debe prestar al paciente. Del mismo modo, generando un incremento en los ingresos hospitalarios, provocando más ansiedad, estrés y

depresión en los familiares haciendo que disminuya el desempeño de sus labores de manera eficaz, lo que influye negativamente sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas dependientes.⁷

En los últimos años, los trastornos mentales se han convertido en un problema a nivel nacional e internacional, donde 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por una enfermedad mental o de la conducta, de las cuales 38 millones padecen de epilepsia, 47.5 millones de Alzheimer y más de 25 millones de Esquizofrenia, entre otras, donde 20 millones recurren al suicidio sin lograrlo exitosamente, mientras que alrededor de un millón de ellas se suicidan anualmente, según datos de la Organización Mundial de la Salud ⁸, lo que pone de manifiesto que el número de personas que se ven afectadas por la depresión supera los demás trastornos mentales, debido a que su prevalencia sigue incrementando a medida que pasa el tiempo, produciendo cifras cada vez más alarmantes para el sector de salud.

En una de cada cuatro familias, al menos un miembro padece de un trastorno mental ⁸, lo que provoca que a medida que la incidencia de éstos aumenta, con ello lo hace la cantidad de familias que se ven afectadas, y en la mayoría de las ocasiones las atenciones y cuidados están dirigidos únicamente a mejorar la salud de la persona enferma, no tomando en consideración que la enfermedad produce repercusiones en el ámbito familiar que poco a poco van deteriorando su estructura y funcionamiento. Las familias necesitan apoyo por parte de los profesionales de salud que les ayuden a sobrellevar la aparición de una enfermedad mental que antes no estaba presente y así obtener una respuesta más satisfactoria en el manejo del enfermo y sus familiares.

A nivel mundial, la depresión ha sido considerada como el trastorno mental de mayor prevalencia y se cree que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad global. La mortalidad provocada por esta enfermedad es el doble en comparación con la población general, y éstos sufren mayores limitaciones en el desempeño social y psicológico que aquellas personas que padecen de dolencias como la hipertensión o la diabetes ⁹.

I.1 Antecedentes

I.1.1 Internacionales

Alcalá Pompeo D., De Carvalho A., Morgado Olive A., Girade Souza M., Frari Galera S., (2016), realizaron un estudio descriptivo y exploratorio, de tipo transversal, en un hospital psiquiátrico del interior del estado de Sao Paulo, con el objetivo de identificar estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes que padecen trastornos mentales para así relacionarlos con las variables sociodemográficas del familiar y clínicas del paciente.

La población del estudio estuvo conformada por 40 familiares de pacientes internados en el hospital por trastornos mentales, los cuales tenían que ser mayores de 18 años, tener algún grado de parentesco con el enfermo y acompañarlo antes y durante el internamiento, donde en presencia de dos o más miembros de la familia, participó en la investigación quien dedica mayor tiempo a los cuidados de la persona, el cual fue elegido por los propios familiares. Se utilizaron instrumentos para caracterización de los sujetos y el Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de Folkman y Lazarus, donde se llegó a la siguiente conclusión:

«De los 40 familiares, 20 eran del sexo masculino y 20 del sexo femenino, con edades comprendidas entre 18 y 67 años de edad, con un promedio de 39 años. Con respecto al grado de parentesco, el 17.5 por ciento eran el padre o la madre, 25 por ciento eran hijos, 22.5 por ciento eran hermanos y 35 por ciento sobrinos, nietos, cuñados o primos. Con referencia a la escolaridad, 60 por ciento estudiaron 10 años o más y la religión predominante fue la católica, para un 50 por ciento de la muestra.

Con relación a los pacientes, el trastorno más frecuente fue el bipolar (40 por ciento), seguido de depresión (32.5 por ciento) y esquizofrenia (27.5 por ciento). La estrategia de enfrentamiento más utilizada por los familiares fue el soporte social y la resolución de los problemas, mientras que la menos utilizada fue el enfrentamiento. No se evidenció diferencias significativas entre las

estrategias y las demás variables estudiadas, constatándose así que a pesar de las secuelas producidas por el impacto de la enfermedad en un miembro de la familia, éstos suelen utilizar una serie de estrategias funcionales que les permiten afrontar las adversidades de manera más satisfactoria». ¹⁰

Salvo L., Saldivia S., Parra C., Rodríguez R., Cifuentes M., Acevedo P., Díaz M., Ormazabal M., Guerra I., Navarrete N., Bravo V. y Castro A., (2017), realizaron un estudio no experimental, longitudinal, con seguimiento durante doce meses con el objetivo de describir las características clínicas y la evolución del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) así como evaluar la relación existente entre las variables sociodemográficas y clínicas en personas tratadas en un nivel secundario de atención del Servicio de Salud de Nuble (SSN).

La muestra la constituyen todas las personas diagnosticadas con TDM realizado por un psiquiatra, quienes iniciaron tratamiento en tres centros de atención secundaria del SSN entre el 01/08/2013 y el 31/07/2014, la cual estuvo conformada por 112 pacientes, quienes fueron entrevistados individualmente por un psiquiatra en la evaluación basal y por un psicólogo en las demás evaluaciones. Se utilizaron instrumentos como el checklist de criterios diagnósticos DSM-IV para definir el Episodio Depresivo Mayor (EDM) y sus características, y la Escala de Depresión de Hamilton (Ham-D) para evaluar la remisión parcial o total según el DSM-IV.

«Se concluye que: con relación a las variables sociodemográficas, el promedio de edad fue 43.9 años (15.3 por ciento) y solo el 13.4 por ciento tenía entre 15 y 19 años. La mayoría pertenecieron al sexo femenino (78.6 por ciento) con relación al masculino (21.4 por ciento). Con respecto al estado civil el 34.8 por ciento estaban casadas, 32.1 por ciento solteros, 19.6 por ciento divorciados y un 7.2 por ciento viudos. El 41.1 por ciento vivían con sus parejas, el 18.8 por ciento vivían solas con sus hijos, el 17.8 por ciento vivía con sus padres y el 2.7 por ciento con hijos y otros familiares. La mayoría presentaban estudios medios (37.5 por ciento), básicos (34.8 por ciento), universitarios (16.1 por ciento) y sin escolaridad (1.8 por ciento). En referencia al estado de empleo, el 30.4 por ciento

tenían casa propia, mientras que el 29.5 por ciento trabajo remunerado, 16.5 por ciento no tenían trabajo y un 8 por ciento se encontraba jubilado.

Según el puntaje Ham-D, el 83.9 por ciento presentó un EDM grave y el 16.1 por ciento moderado, el 98.2 por ciento no tuvo remisión de los síntomas y solo un 1.8 por ciento presentó remisión parcial, el 43.8 por ciento presento intentos suicidas y un 32.1 por ciento síntomas psicóticos. El 78.6 por ciento presentaron otras comorbilidades psiquiátricas, predominando los trastornos de la personalidad en un 66.1 por ciento, y de igual manera se presentaron comorbilidades médicas con igual porcentaje, con 25 por ciento de hipertensión arterial, 20.5 por ciento dislipidemia, 17.9 por ciento hipotiroidismo, 11.6 por ciento diabetes mellitus y otras en un 48.2 por ciento. El 82.1 por ciento recibió una o más intervenciones socio familiares por asistentes sociales

Esta investigación muestra que a los 12 meses de tratamiento la mayoría de los pacientes no había logrado la remisión total de los síntomas y tenían episodios de larga duración, por lo que los autores consideran que para disminuir la carga que la enfermedad trae consigo y su impacto a nivel familiar, social y personal es necesario seguir implementando una serie de estrategias que reduzcan la duración de los EDM, así como una mejoría en el acceso de estos pacientes a las consultas con el objetivo de hacer un diagnóstico precoz y por ende un tratamiento más efectivo en el nivel primario de salud».¹¹

Blanco, V., Guisande, M.A., Sánchez, M.T., Otero, P., López, L., Lino Vázquez, F., (2018), realizaron un estudio descriptivo y transversal de enero a marzo del 2015 con el objetivo de determinar la prevalencia de la sobrecarga en los cuidadores familiares y la relación existente con los aspectos sociodemográficos.

La muestra fue seleccionada aleatoriamente, para un total de 294 cuidadores familiares, con edades comprendidas entre los 55 años, pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Galicia, España. Los datos fueron evaluados por psicólogos, quienes establecieron la presencia de carga a través

de la entrevista de carga de cuidadores de Zarit (CBI), donde se concluyó lo siguiente:

«El 55.4 por ciento de los cuidadores, que correspondía a más de la mitad de la muestra del estudio, presentaron una carga mayor de 24 puntos, donde la puntuación media fue de un 27.3 por ciento. Según los autores, el estar desempleado y la obtención de puntuaciones más elevadas en el ámbito de neuroticismo, se vincularon con una mayor probabilidad de presentar carga, mientras que ser mayor de edad y tener un considerable apoyo social por parte de la familia, se asoció con un menor riesgo de carga».

Es por ello, que una vez se detecta el nivel de carga que presentan los cuidadores familiares, es de vital importancia que las intervenciones psicoterapéuticas estén dirigidas en especial a este grupo de la población, y para aquellas que aunque no han desarrollado la carga como tal, son más propensas a presentarla por mayor susceptibilidad a los factores de riesgo.¹²

Rivera R., Arias-Gallegos W y Cahuana-Cuentas M., (2018), realizaron un estudio descriptivo ex post facto, con un diseño de investigación no experimental de tipo asociativo, con el objetivo de determinar el perfil familiar de adolescentes de la ciudad de Arequipa, que presentan sintomatología depresiva.

La muestra estuvo constituida por 1,225 estudiantes de educación secundaria, y se utilizaron para la recolección de datos instrumentos como el Inventario de Depresión de Beck (segunda versión, BDI-II) que se usa para evaluar la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes, y una escala realizada por los investigadores «Escala maltrato castigo del padre y la madre» para evaluar la violencia física y psicológica ejercida por estos sobre los hijos, donde se llegó a la siguiente conclusión:

«El 58.6 por ciento de la población no presenta depresión y el 22.4 por ciento presenta algún tipo de sintomatología depresiva. En relación al sexo, predomina el femenino (29.8 por ciento) a diferencia del masculino (17.6 por ciento). En cuanto a la presencia de medios hermanos, el 27.4 por ciento de los

adolescentes presentaron depresión frente a los que no tienen medios hermanos (20.8 por ciento).

De igual manera, la investigación demostró que el tipo de estructura familiar se relaciona con la aparición de depresión en los adolescentes, donde el 40.5 por ciento que no tienen un núcleo familiar presentaron depresión con mayor frecuencia y el 29.3 por ciento de los que provienen de familias reconstituidas. Los adolescentes cuyos padres tienen una mala comunicación presentan mayor nivel de depresión (40 por ciento) que los que sí tienen una buena comunicación (14.8 por ciento).

Otras variables familiares que se estudiaron, como la educación de los padres, el estado civil y la condición laboral no se relacionaron con la presencia de depresión en los adolescentes, a diferencia de los problemas económicos, donde el 51 por ciento de los adolescentes en los que existen problemas económicos en sus familias presentaron depresión». ¹³

I.1.2 Nacionales

Fabián de Jesús, Á., Peña De La Rosa, L.P., y Fernández de Jesús, R., (2017), realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal para determinar la depresión y la funcionabilidad familiar que presentan los pacientes adultos que asisten a la Unidad de Atención Primaria del Hospital José Francisco Peña Gómez, en Valverde Mao, República Dominicana.

La muestra fue de 65 sujetos, adultos de ambos sexos, dominicanos que recibían atención en este centro en el periodo Agosto–Noviembre 2017. Emplearon varios instrumentos de recolección de datos, un cuestionario sociodemográfico, el Test de APGAR familiar y el Inventario de Depresión Mayor (DSM-IV).

Concluyeron que la población femenina es más vulnerable a presentar depresión, con un 23.1 por ciento de los casos mientras los hombres solo el 1.5 por ciento. El 10.28 por ciento presenta depresión entre los 18-28 años, mientras

que el 9.2 por ciento entre los 29-39 años de edad. Según el nivel de escolaridad es más frecuente en personas del sexo femenino que alcanzan la secundaria con un 13.8 por ciento, la primaria con un 3.1 por ciento y universitarios un 4.1 por ciento, mientras que en el sexo masculino no se presentaron influencias significativas entre el nivel de escolaridad y la sintomatología depresiva.

La mayoría de los pacientes que formaron parte de este estudio no trabajaban el 72 por ciento, y el estado civil que se presentó con mayor frecuencia fue el de unión libre en un 52 por ciento, seguido de soltero en un 37 por ciento, casado 5 por ciento y divorciado en un 2 por ciento.

Los niveles de depresión fueron leves en un 10.7 por ciento de los casos, moderado 10.7 por ciento y grave en un 3.1 por ciento de los casos. El nivel de funcionabilidad familiar era de un 16.9 por ciento muy funcional, moderada disfunción 4.6 por ciento de los casos y grave disfuncionalidad en el 3.1 por ciento de los casos. ¹⁴

II.1 Justificación del problema

El impacto en la vida de los familiares de un enfermo mental se ha vuelto un problema social a nivel global, debido a la trascendencia que ha cobrado la salud mental, en la actualidad ha surgido la necesidad de establecer procesos investigativos que planteen preguntas sobre la realidad representada por los trastornos mentales y los desafíos que inciden en la vida familiar y cotidiana ¹⁵, para la búsqueda de soluciones adecuadas que orienten a la intervención temprana y programas de apoyo.

Cuando uno de los integrantes de la familia se ve afectado por una enfermedad aguda o crónica, esta situación pudiese ser considerada como un serio problema o una crisis, debido a que afecta a los demás miembros en diferentes modalidades por la desorganización que produce y cómo impacta a cada uno de sus integrantes.¹⁶

El funcionamiento familiar está relacionado con la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en sus integrantes.¹⁷ Cuando el funcionamiento de la familia se altera debido a la presencia de una enfermedad, en este caso el Trastorno Depresivo Mayor a uno de sus miembros, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado ¹⁸, lo que justifica un proceso que revele los requerimientos y desafíos que se afrontan en el núcleo de la sociedad a nivel individual, grupal y social.

Actualmente, existe una brecha con respecto a las necesidades de atención que demandan los trastornos mentales y los recursos que realmente se encuentran disponibles para ello, donde en países desarrollados entre el 44 y 70 por ciento de las personas que padecen trastornos mentales no reciben tratamiento a pesar de contar con sistemas de salud bien establecidos, lo que supone cifras más elevadas en los países en vías de desarrollo como el nuestro, llegando casi al 90 por ciento.¹⁹

En nuestro país, el desarrollo de salud mental ha sido escaso en el nivel de atención primaria y se ha evidenciado que no existen programas regulares

cuyo fin sea la capacitación en temas de salud mental tanto para el personal de salud como para los familiares de las personas con trastornos mentales, porque si bien en los centros se cuenta con un médico, no existen protocolos para la evaluación y tratamiento en condiciones claves de salud mental.²⁰

En la mayoría de los casos, los establecimientos centran su atención en suplir las necesidades y demandas del enfermo, y son pocos los que contemplan que los familiares requieren de igual manera las mismas necesidades y atenciones, siendo ignorados en un sin número de ocasiones. Considerando el hecho de que los familiares constituyen la primera red de apoyo para los pacientes y son los mejores aliados para la obtención de buenos resultados en el tratamiento, se hace imprescindible involucrarlos de manera oportuna.²¹

Existen grandes limitaciones con respecto a la recolección de datos estadísticos de los sistemas de salud mental en la República Dominicana debido a que no se cuenta con un sistema organizado de registro de las actividades, lo que impide tener información pertinente acerca de la morbilidad existente por edad, sexo y diagnóstico de los pacientes, reportándose así la mayoría de la información por conglomerado sin tener en cuenta que la cantidad de casos puede ser mayor de la esperada.²⁰

Debido a la escasez de información que existe en términos de investigación a nivel nacional sobre temas de salud mental como los trastornos mentales y del impacto que éstos ocasionan en el sistema familiar, resulta imprescindible desarrollar nuevas estrategias de promoción y prevención que puedan ser utilizadas por los profesionales de la salud para que en un futuro el cuidado de los enfermos y sus familiares se haga de manera satisfactoria y con ello poder evitar muertes prematuras, disminuir el estigma que aún persiste en la sociedad en relación a las personas con trastornos mentales y mejorar el ámbito económico y social.²²

Este estudio permitirá disponer de información sobre las barreras, actitudes y factores causantes del impacto que se produce en la vida de los miembros de la familia de un paciente con trastorno mental, brindando datos

confiables a la hora de mostrar elementos que rodean la situación actual que atraviesan las familias y proporcionando recomendaciones que sirvan para la inclusión de los familiares afectados a programas de apoyo por parte del Estado o cualquier otra institución pertinente.

Esta investigación nace como un punto de reflexión debido a la limitada información que existe en nuestro país sobre este tema y con la finalidad de convertirse en una fuente de divulgación de conocimiento y facilitación en la generación de mecanismos para la construcción colectiva de una sociedad más justa, plural e inclusiva.

II.2 Planteamiento del Problema

La familia es el eje central y núcleo primario de la sociedad. Las familias influyen en la salud de sus miembros y a su vez se ven influenciados por ella, de modo que la colaboración entre el tratamiento médico, el paciente y la familia resultan primordiales para facilitar la atención sanitaria de manera eficaz.

La depresión es una enfermedad frecuente que afecta más de 350 millones de personas según la OMS ²³, esta puede convertirse en un problema de salud serio que llega a ser incapacitante debido a que altera las actividades laborales, escolares, sociales y familiares del individuo afectado.

En el año 2016 los trastornos mentales con mayor prevalencia a escala mundial fueron los de ansiedad y los depresivos, presentándose un comportamiento similar en América Latina, el Caribe y en la República Dominicana. ²⁴

La aparición de un trastorno mental en un familiar cercano genera dificultades que afectan directamente a la familia, este nuevo diagnóstico y su tratamiento pueden provocar continuos conflictos en la convivencia y llevar a los integrantes de la familia a un estado de angustia y preocupación permanente. ²⁵

Debido a la relación entre la participación de la familia en el tratamiento y la mejoría de los síntomas de los pacientes, los miembros de la familia han adquirido responsabilidades sociales, económicas y psicológicas con su familiar afectado, sin contar, en la mayoría de los casos, con la capacitación y redes de apoyo necesarias para manejar la situación a la que se enfrentan. Es por esto que la investigación plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es el impacto en el sistema familiar del manejo del Trastorno Depresivo Mayor a uno de sus miembros en el Instituto de la Familia Inc. (IDEFA) Septiembre 2019 – Febrero 2020?.

II.3 Objetivos de la Investigación

II.3.1 Objetivo General

Determinar el Impacto en el Sistema Familiar Del Manejo del Trastorno Depresivo Mayor en el Instituto de la Familia, Inc. (IDEFA)

II.3.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas del paciente con Trastorno Depresivo Mayor (TDM).
2. Identificar la presencia de comorbilidades en el enfermo con Trastorno Depresivo Mayor (TDM).
3. Determinar las principales consecuencias sociales y económicas que enfrentan las familias con un miembro con Trastorno Depresivo Mayor.
4. Evaluar la presencia de redes de apoyo en las familias durante el manejo del Trastorno Depresivo Mayor a uno de sus miembros.
5. Determinar la presencia de trastornos mentales en los demás miembros de la familia.
6. Identificar el miembro de la familia que asume el rol de cuidador principal del paciente con Trastorno Depresivo Mayor.
7. Evaluar el nivel de sobrecarga que presentan familiares de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.

III. Marco Teórico

III.1 La Familia

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad.²⁶ La importancia del sistema familiar según el Instituto de Política Familiar en su informe Evolución de la familia en Europa (2006) se basa en el papel que esta representa dentro de la sociedad, el ente familiar va más allá de ser una unidad jurídica, social y económica. La familia antes que nada es una comunidad de amor y de solidaridad.²⁶

La correcta funcionabilidad del núcleo de la sociedad permite que los miembros de la misma se desarrollen de manera plena y por ende aportar para la mejora de la nación.

Según el artículo: Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización (2014), «La familia es una unión, que integra espacios y aspectos, tanto visibles como desconocidos de las personas. Sus integrantes comparten necesidades psico-emocionales y materiales, por cuanto aun sin hablar, se conocen y pueden sentir sus alegrías y problemas, ninguno de sus miembros se sustrae o hace caso omiso de las necesidades psicológicas y materiales de los demás miembros del grupo».²⁷

Al presentarse un evento en la familia que pueda causar desequilibrio de la misma, como el impacto de una enfermedad mental, según un artículo publicado por la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales titulado «Las familias y las enfermedades mentales»²⁸, no solo se debe enfocar en la carga que se produce en el sistema familiar si no, que también se deben de tomar en cuenta los sentimientos de tristeza y pérdida personal.

La mayoría de los miembros familiares llegan a aceptar la enfermedad mental y siguen con sus vidas cotidianas, pero a pesar de esto continúan experimentando dolor por su ser querido.²⁸

El sistema familiar debe enfrentar las responsabilidades que conllevan cuidar del enfermo mental, la ruptura familiar, el estrés, las diferentes limitantes que presentan los sistemas de salud y el estigma social.

Los cambios experimentados por la familia cuando uno de sus integrantes es diagnosticado con un trastorno mental, están dados por las características propias del entorno familiar, como el nivel socioeconómico, la historia familiar, el grado de dependencia que demande el enfermo mental, el curso de la enfermedad, la funcionalidad de la familia, entre otras.

En la mayoría de los casos, la familia demanda que uno de sus miembros asuma todas las responsabilidades que supone el cuidar de una persona que padece de un trastorno mental, siendo la mujer quien a través de la historia ha asumido dicho rol, el cual es apreciado como algo natural, debido al carácter patriarcal que ha predominado en la sociedad, donde el cuidado se considera propio del rol femenino.²⁹

III.2 Características de la Familia

A lo largo del tiempo, la familia ha ido experimentando una serie de cambios según las necesidades y exigencias que han surgido en la sociedad, razón por la cual éstas han desarrollado una serie de características únicas según el tiempo durante el cual se han desempeñado como tal, destacando así las familias clásicas o tradicionales y las familias modernas.³⁰

La familia tradicional, también conocida como clásica es aquella conformada por el padre, la madre y los hijos, donde los roles pertenecientes a cada uno de los miembros se encuentran bien definidos. A partir del siglo XIX, ésta se conservó por muchos años, predominando en la sociedad occidental hasta mediados del siglo XX.

Dentro de las principales características que la definen como tal, además de las funciones bien definidas de cada integrante, tenemos que el padre es la cabeza de la familia, encargado de proveer el sustento de la misma, mientras que la madre es la que se encarga del cuidado de los hijos y del mantenimiento de la

casa, donde predomina el mantenimiento de matrimonios según las normas o pautas católicas.³¹

Por otro lado, la familia moderna surge a raíz de los cambios que ha sufrido la familia debido a la industrialización y la emigración a las ciudades, provocando variaciones en cuanto a sus funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres³², desarrollando características tales como la reducción en sus funciones laborales, nuclearización, disminución de su tamaño, pérdida de autoridad parental, ampliación de la mujer en el mundo laboral, descensos en la nupcialidad y fecundación, aumento de los divorcios y separaciones, así como de familias monoparentales o multiculturales.³³

Las funciones que en un principio eran desempeñadas por la familia clásica como el trabajo, la enseñanza de los hijos, la formación religiosa, las actividades de ocio y la integración a la sociedad, en la familia moderna son desempeñadas por instituciones especializadas para ello, en la mayoría de los casos. Con respecto al trabajo, sus miembros suelen tener distintas ocupaciones y diferentes lugares para desempeñarlas, mientras que la educación es proporcionada por el Estado o establecimientos privados. Sin embargo, la familia aún es la encargada de la socialización de los hijos, aunque los medios de comunicación y los amigos han asumido un papel importante a lo largo del tiempo.³⁴

Estos cambios se deben en gran parte, a las modificaciones que han surgido en el rol que desempeña la mujer actualmente, donde en los países desarrollados y en la mayoría de los que se encuentran en vías de desarrollo, la misma tiene acceso a formar parte del sistema laboral en cualquier etapa de la vida familiar.

III.3 Tipos de Familia

Hoy día, la familia se caracteriza por la diversidad que hay entre sus miembros, debido a los cambios y adaptaciones que ha sufrido la familia a través del tiempo y a las nuevas necesidades que surgen para mantener la

funcionalidad de la misma. Por ello, hablar de familia actualmente implica más que «padres heterosexuales con hijos biológicos»³⁵, donde existe un grado de parentesco entre cada uno de los integrantes que le otorgan características que les hacen ser únicos ante la sociedad.

III.3.1 Familia Nuclear

La familia nuclear es aquella conformada por los padres y sus hijos, que conviven en un mismo espacio o comparten una casa, «constituyen una comunidad de vida plena y total, un ámbito vital cerrado y autónomo frente al Estado y la sociedad», donde la funcionalidad de la familia depende de la capacidad de sacrificio que existe en cada uno de los miembros.³⁶

Se trata de un tipo de familia opuesta a la extendida, que abarca a otros miembros de la familia, a diferencia de la nuclear, la cual contiene adultos de ambos sexos, quienes mantienen una relación sexual que se engloba dentro de lo aceptado por la sociedad, además de los hijos, ya sean propios o adoptados.

III.3.2 Familia Extensa

Son familias compuestas por varias generaciones que conviven en un mismo hogar, la cual puede incluir a los padres con sus hijos, los hermanos de los padres con sus hijos, abuelos, tíos abuelos, bisabuelos, parejas jóvenes que aún no se independizan ya sea por problemas económicos o comodidad. También puede incluir parientes no consanguíneos, como medios hermanos, hijos adoptados.³⁷

En este tipo de familia la cooperación y apoyo para llevar a cabo las distintas tareas del hogar se puede lograr con mayor flexibilidad, a la vez que pueden surgir ciertas dificultades como la falta de espacio e intimidad por la gran cantidad de personas que conviven en una misma casa, así como problemas en la relación de los abuelos con sus hijos por el tipo de crianza que se desea dar a los niños.

En las culturas donde la familia extendida es la forma básica de la unidad familiar, la transición de un individuo hacia la adultez no necesariamente implica la separación de sus parientes o de sus padres. ³⁶

III.3.3 Familia Monoparental

Es aquella compuesta por un solo progenitor, ya sea el padre o la madre, y uno o varios hijos. Entre un 80 a 90 por ciento de los hogares monoparentales están formados por madres e hijos ³⁷. Normalmente esta surge a raíz de la falta de uno de los miembros por diversas causas como el divorcio, el abandono del hogar de uno de los padres, el fallecimiento, falta de deseo de la pareja de contraer matrimonio, entre otras.

El riesgo de pobreza aumenta en este tipo de familia cuando la causa es la ruptura de los padres. El aumento de familias monoparentales incrementa cuando uno de los miembros migra a otro lugar por motivos de trabajo o estudios.

III.3.4 Familia Reconstituida

Es aquella conformada por una pareja adulta, donde uno de los miembros tiene al menos un hijo de una relación anterior. Se podría decir que es la «creación de una nueva familia a partir de otra ya existente». ³⁸

El desarrollo de este tipo de familia requiere que previamente se produzca una ruptura entre una familia anterior, la cual puede estar dada por distintos motivos como el divorcio, la separación o el fallecimiento de uno de los padres.

La familia reconstituida puede provocar conflictos en las relaciones entre los miembros de la misma, como problemas entre el hijo/a y el padrastro o madrastra, así como tensión entre los hermanastros, la sensación de culpa entre los hijos quienes pueden llegar a sentir que están traicionando a su madre o padre biológico si aceptan al nuevo cónyuge o el rechazo que éstos pueden tener hacia la nueva pareja de su madre o padre. ³⁸

III.4 Impacto de la Enfermedad en la Familia

El diagnóstico de una enfermedad a algún integrante de la familia supone un problema que repercute en el funcionamiento de la misma, tanto a corto como a largo plazo, ya que esta produce alteraciones en la dinámica familiar que pueden desencadenar una serie de circunstancias que ponen en riesgo no solo el bienestar de la familia sino también de la persona que padece la enfermedad.

Fernández (2004), expresó que «la aparición de la enfermedad en el sistema familiar da lugar a una serie de cambios en la manera de convivir y funcionar de sus miembros»³⁹. lo que supone alteraciones en relación a sus costumbres y normas, lo que puede llevar a niveles mayores de estrés y suscitar en una crisis aún más severa, donde para adaptarse a esta nueva situación, ponen en marcha una serie de mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando.

Existen factores que intervienen en el impacto que generan cambios en la dinámica familiar ante la presencia de una enfermedad, dentro de los cuales están la etapa del ciclo vital, el rol que desempeña la familia, la cultura, el nivel socioeconómico, así como las aptitudes de la familia a la hora de la resolución de los problemas que provoca la misma.

III.5 Etapa del Ciclo Vital

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), el ciclo vital se define como «una serie de fases o estadios por los que atraviesa un ser vivo a lo largo de su vida y una serie de etapas consecutivas e interrelacionadas de un producto»⁴⁰ que van desde su origen hasta el final de la vida.

Una vez que la enfermedad se hace evidente en la familia, es necesario indagar en cual etapa del ciclo vital se encuentra la familia con el objetivo de contemplar que rol será asumido por cada uno de los miembros de la familia.

La enfermedad hace que la familia se vea sometida a una serie de cambios, donde para poder sobrellevar el curso de la misma, tiene que acostumbrarse a las nuevas demandas que presenta la enfermedad.

Dependiendo del momento del ciclo vital en el que se encuentre la familia una vez que aparece el padecimiento, el impacto no se percibirá de igual manera, y esto es debido, en gran parte a la situación de la familia en dicho momento por el hecho de que no es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia que esté estable en el ámbito económico y que pueda hacerse cargo de todas las responsabilidades desencadenadas por la enfermedad, a que ocurra en una familia que a lo largo de los años ha atravesado un sin número de circunstancias difíciles que le han hecho desarrollar la capacidad de resolver problemas. ⁴¹

III.6 Rol de la Familia

Cabe destacar que la aparición de una enfermedad en el ámbito familiar genera roles que antes no estaban presentes, y es que debido a las transformaciones que sufre la familia, un miembro de la misma, a partir de ahora será quien debe asumir el rol principal de cuidar de su familiar enfermo. ⁴²

Generalmente, quien asume este rol suele ser el cónyuge, los hijos, principalmente las hijas de la persona que padece la enfermedad, tomando en consideración la etapa de desarrollo en la que se encuentren los hijos y si éstos pueden hacerse cargo de la situación, donde de lo contrario, quien pasará a asumir las responsabilidades será la pareja.

Según diversos estudios que se han hecho a lo largo de la historia, se ha podido observar que a la hora de asumir el rol de cuidador en la familia, quien normalmente lo hace es la mujer, ya sea la madre, las hermanas o la esposa de la persona afectada. ⁴²

Con el tiempo esto generará nuevos conflictos en la familia, aparte de los ya existentes por la presencia de la enfermedad, por el hecho esta persona tendrá que delegar las funciones que hacía de manera habitual a otras,

provocando descontento en los demás miembros de la familia, a la vez que tendrá que descuidarse a sí misma por la gran demanda de tiempo que le exigirá el cuidar de una persona enferma.⁴³

Por otro lado, las funciones desempeñadas hasta el momento por la persona afectada serán delegadas a otros miembros de la familia, lo que empeora el grado de disfunción familiar, a la vez que suscita un incremento en los niveles de estrés.

Por ello, es de suma importancia que se establezcan nuevas normas y costumbres en el sistema familiar, de tal manera que cada integrante de la familia sea capaz de asumir el rol que le corresponde, con el objetivo de que unidos puedan responder de manera satisfactoria a las adversidades que se presenten durante el curso de la enfermedad.⁴⁴

III.7 Cultura Familiar

Mejía, L.D. y López L., (2010), definieron la cultura como la «suma de creencias, prácticas, hábitos, aversiones, costumbres y rituales que son adquiridos a través de la familia para que la persona sea capaz de entender su mundo y aprenda a vivir en él».⁴⁵

Las creencias y costumbres que están presentes en cada uno de los integrantes de la familia, son claves en la evolución y el curso de la enfermedad. Es importante que al momento del surgimiento de la enfermedad, la familia tome como punto de partida dichas creencias para el abordaje de la afección de la manera más eficiente.

La cultura influye en la determinación del rol de los familiares en el transcurso de la enfermedad, donde las experiencias adquiridas por la familia serán percibidas de acuerdo a las estrategias y el afrontamiento alcanzado por la cultura y el entorno en el que se desarrolla la familia.⁴⁶

III.8 Nivel Socioeconómico de la Familia

El curso de la enfermedad en una familia es determinado por el nivel socioeconómico de la misma, debido a que durante el trayecto de la enfermedad serán necesarios más recursos económicos a medida que esta avance para el tratamiento de la misma, como son: los medicamentos, las consultas, el transporte, la alimentación, las terapias, entre otras.

En caso de que el enfermo sea la cabeza de la familia se producirá una redistribución de los roles familiares, donde a partir de ahora otro integrante de la familia suplirá la función de administrar los recursos económicos de la manera que considere más apropiada con la finalidad de preservar el bienestar de la familia y de que no incremente la disfunción familiar generada por la aparición del padecimiento.⁴⁷

En innumerables ocasiones, a la hora de tratar un paciente, debido a la poca cobertura que existe en el sistema de salud, sin tomar en cuenta la situación económica en la que la familia se encuentre, los medicamentos prescritos que son necesarios para la terapéutica del paciente son de altos costos, imposibilitando o dificultándole a muchas familias la accesibilidad a los mismos.

Esta situación lleva a que incremente el riesgo de que el paciente no presente mejoría de su cuadro clínico, por no llevar el tratamiento de manera adecuada debido a que no puede costear los medicamentos, lo que hace que incremente el riesgo de recaídas de la enfermedad, llevando en ocasiones a hospitalizaciones prevenibles, que aumentarán los costos de la enfermedad y provocará una mayor crisis económica.⁴⁸

La falta de recursos económicos puede suscitar en la familia problemas que ocasionan conflictos entre los integrantes de la misma, a la vez que genera limitaciones en el tratamiento efectivo de la enfermedad, y muchas veces al abandono del mismo.

III.9 Sobrecarga del Cuidador Familiar

Un cuidador es la persona que se encarga de proveer asistencia a otra que necesita atención y apoyo para la realización de las actividades cotidianas, siendo en la mayoría de ocasiones un integrante de la familia, ya sean los padres, hermanos/as, tíos/as, abuelos/as quienes desempeñan tales funciones; sin embargo, en diversas circunstancias quien asume dicho rol suele ser el cónyuge de la persona que se ha vuelto dependiente.⁴⁹

Según el grado de implicación de la persona que desempeñe el rol de cuidador, es indispensable establecer las diferencias entre los tipos de cuidadores que existen, dentro de los cuales cabe destacar al cuidador informal, formal y el principal.

El cuidador informal es aquella persona que contribuye con la asistencia en cuidados de salud hacia un enfermo por parte de familiares, amigos y otras personas pertenecientes a la red social inmediata, los cuales no disponen de la capacitación adecuada para la asistencia de cuidados de salud ni reciben remuneración económica alguna por la prestación de sus servicios⁵⁰. Mientras que, el cuidador formal es aquel que cuenta con la capacitación adecuada para prestar sus servicios en el cuidado del enfermo y a la vez es retribuido económicamente por su labor.

Otros factores que sitúan al cuidador informal como la fuente de apoyo principal son el creciente aumento en la demanda de los cuidados que la persona amerita, el cuestionamiento con respecto a la disponibilidad de cuidadores informales en el futuro y las constantes reformas que ocurren en los sistemas de salud y de atención social a través del tiempo.⁵⁰

Por otro lado, el cuidador primario es quien asume la responsabilidad de los cuidados concernientes con la persona enferma en su totalidad, recibiendo ayuda ocasional de los cuidadores formales o informales, según la situación del momento, y es quien pasa la mayor parte del tiempo cuidando del enfermo.

Según la OMS (1999), el cuidador primario se define como «la persona que asume la responsabilidad de hacerse cargo de un paciente, de manera voluntaria, el cual se compromete a tomar decisiones concernientes a la salud del paciente y con el objetivo de cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta». ⁵¹

Normalmente, la persona que asume el rol de cuidador no es capaz de ver la situación a largo plazo, sino más bien, que atiende las demandas y necesidades que requiere el enfermo de manera inmediata, y poco a poco, acepta su papel como cuidador en el día a día.

A medida que la enfermedad del paciente avanza surge la necesidad de proporcionar mayor atención a las necesidades y cuidados del enfermo por lo que bajo estas circunstancias aparece el cuidador principal, que suele responder a las diferentes situaciones que se desencadenan en la familia sin necesidad de ser elegido de manera unánime por los demás miembros, suponiendo que se tratará de una situación temporal.

En primera instancia, el cuidador no es consciente de las demandas y requerimientos que conlleva ser el encargado de una persona que ha perdido su autonomía y que necesita de otra que la ayude a sobrellevar la carga que la enfermedad trae consigo, sin tomar en consideración el hecho de que a partir de ahora en él es que recaerá la mayor parte de las responsabilidades, y que muchas veces la situación del enfermo se prolongará, lo que a su vez demandará mayor atención y cuidados por parte del enfermo, provocando así cambios en diversos aspectos de la vida del cuidador que repercutirán en su bienestar físico y mental. ⁵²

El tiempo que demandan las actividades requeridas para llevar a cabo un cuidado eficaz, es considerado como la principal causa de sobrecarga en el cuidado, debido a que éste suele ser excesivo, lo que a medida que pasa el tiempo aumenta el riesgo de padecer un sin número de alteraciones, dentro de las cuales cabe mencionar la depresión, ansiedad, estrés, insomnio, irritabilidad, baja autoestima, entre otras.

Estas alteraciones repercuten en el diario vivir del cuidador, lo que a largo plazo le ocasiona un aumento en los niveles de estrés, a la vez que le provoca sentimientos de culpa, tristeza, frustración, negación acerca de la nueva realidad en la que vive, preocupación, disminución en el tiempo que dedica a su cuidado personal así como en las relaciones interpersonales, las cuales a medida que pasa el tiempo se van deteriorando por el incremento en la demanda de cuidados que necesita el enfermo.⁵³

Yonte, Urién, Martín y Montero (2010), definieron la sobrecarga del cuidador como «todas aquellas circunstancias que producen cambios en la vida del cuidador, las cuales trascienden en el ámbito personal, laboral, familiar, emocional, social y económico, que pueden llevar a la persona a un nivel de sobrecarga» en el que renuncie en sus labores de cuidado, provocándole a la vez problemas físicos y mentales que repercuten en su salud.⁵⁴

El perfil sociodemográfico del cuidador principal se caracteriza porque la mayoría de las personas que desempeñan la función son del sexo femenino, en el 84 por ciento de los casos, con una edad comprendida entre los 45 a los 65 años de edad, con una media de 53 años aproximadamente. Los cuidadores están casados en su mayoría, representando un 16 por ciento los cónyuges que se encargan del cuidado y comparten domicilio con la persona cuidada, mientras que en aquellos casos en los que la pareja no asume el papel de cuidador, quien lo hace suelen ser las hijas en un 50 por ciento de los casos.⁵⁵

Por otro lado, los cuidadores no suelen recibir aportes económicos que le sirvan de sustento cuando necesiten debido a que la ayuda que reciben por parte de los demás miembros de la familia es moderadamente baja y carecen de ingresos propios debido a que suelen ser amas de casa o personas jubiladas. Presentan niveles bajos de escolaridad, donde el 21 por ciento de los cuidadores suele tener un nivel de estudios primarios, mientras que el 18.8 por ciento son analfabetos.⁵⁵

Las principales características de un cuidador primario son la exposición constante a una sobrecarga tanto física como psicológica, donde suelen asumir

responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo concerniente a su cuidado y medicación, en la mayoría de los casos no cuentan con una red de apoyo por parte de los demás familiares, por lo que lentamente van perdiendo su independencia. El cuidador se olvida de sí mismo, debido a que no toma tiempo libre necesario para descansar, abandona sus pasatiempos, se aleja de sus amigos ⁵⁶. Su vida gira en torno al enfermo debido a que este se ha vuelto dependiente de él.

El nivel de sobrecarga que una persona experimenta cuando se hace cargo del cuidado de otra que no se encuentra en condiciones óptimas para realizar sus actividades cotidianas, está determinado por componentes objetivos y subjetivos.

Lara, González y Blanco (2008) expresaron que «la sobrecarga objetiva es aquella que se relaciona con la dedicación y el desempeño del cuidador en la realización de sus funciones», destacando principalmente el tiempo que dedica a los cuidados y su capacidad de responder durante la exposición a situaciones. Mientras que «la sobrecarga subjetiva está relacionada con el modo en que se perciben las distintas situaciones que se presentan en el entorno familiar y la respuesta emocional del cuidador con respecto a la experiencia de cuidar». ⁵⁷

III.10 Fases de Adaptación al Cuidado

Durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad de uno de los integrantes de la familia intervienen cuatro fases que son la negación o falta de conciencia del problema, la búsqueda de la información, la reorganización y la resolución. ⁵⁸

En la fase de negación, el cuidador no es capaz de aceptar las evidencias de que su familiar padece de una enfermedad y que a partir de ahora necesitará de alguien que se encargue de suplir las necesidades de su diario vivir y que lo ayude a adaptarse a la nueva realidad en la que se encuentra; por ello el cuidador utilizará la negación como mecanismo de defensa para controlar el

miedo y ansiedad que le produce la aparición de la enfermedad, lo que repercutirá en la dinámica y funcionamiento del sistema familiar.

Esta etapa normalmente es temporal, y a medida que pasa el tiempo aumenta la demanda de cuidados que requiere el enfermo así como las dificultades propias de la enfermedad por lo que cada vez se hace más difícil el creer que se trata de algo a corto plazo que mejorará con el tiempo.⁵⁸

En la fase de búsqueda de información, el cuidador toma conciencia acerca de la nueva realidad en la que se encuentra por lo que indaga información sobre la enfermedad de su familiar incluyendo las consecuencias, complicaciones, tratamiento y pronóstico e intenta buscar ayuda de profesionales de la salud con el objetivo de que su familiar se recupere y vuelva a ser el mismo. En el cuidador predomina el desasosiego por el hecho de que su familia se encuentre en esa situación, a la vez que desarrolla sentimientos de culpa e ira al sentir que está perdiendo el control de su vida y que las circunstancias se tornan cada vez más difíciles.⁵⁸

A medida que pasa el tiempo, los sentimientos de culpa e ira persisten y las nuevas responsabilidades provocan una carga para el cuidador. En la etapa de reorganización se cuenta con la información necesaria y los recursos que permitirán sobrellevar el curso de la enfermedad, aunado a esto los demás miembros de la familia proporcionarán ayuda para enfrentar los problemas y situaciones que se presenten. El cuidador a su vez tendrá más control sobre la situación y será capaz de tomar las decisiones que sean necesarias para el buen funcionamiento del sistema familiar.

En la fase de resolución, el cuidador está dispuesto a buscar ayuda de otras personas que se encuentren en la misma situación o que hayan pasado una situación similar en algún momento de su vida y también de los profesionales de la salud.⁵⁸

A pesar de que en esta etapa las responsabilidades suelen ser mayores, si el cuidador logra adaptarse de manera eficaz a las problemáticas que se

presenten día a día, será capaz de dedicar más tiempo a la realización de actividades sociales y de ocio, así como de restablecer sus relaciones interpersonales que se deterioraron conforme el cuidador desempeñaba sus funciones.

En cuantiosas ocasiones, los cuidadores familiares se ven en la obligación de abandonar sus trabajos o disminuir sus jornadas laborales por el hecho de que además de atender las necesidades propias de su familia, es decir, de sus hijos o cónyuges entendiendo que la mayoría han formado su familia, o incluso de sus propias necesidades, deben ocuparse del enfermo que ha perdido su autonomía y se ha vuelto dependiente.⁵⁹

Con el pasar del tiempo, los cuidadores experimentan «sentimientos encontrados» con respecto al enfermo, donde en ocasiones llegan a sentir que hacen demasiado y que el paciente incluso demanda más de lo que ellos pueden hacer, por lo que se sienten culpables y se aíslan del medio que les rodea, lo que le genera ansiedad y estrés. También pueden experimentar preocupaciones a corto y largo plazo, acerca de qué pasará con el paciente si ellos llegan a faltar alguna vez.

Zavala (2008), manifestó que «la experiencia del cuidado se ve influenciada por el tipo de relación previo a la condición de dependencia», donde si el cuidador y el paciente mantuvieron una relación cercana en todo momento, éstos basaran su cuidado en el desinterés «porque sienten las necesidades de su familiar» y quieren brindar su ayuda para el bienestar de la persona enferma.⁵⁹ En cambio, si la relación entre ambos fue distante, el cuidador se sentirá en la obligación de cuidar a su familiar y no porque quiera hacerlo de manera voluntaria.

III.11 Repercusiones en la Salud de los Cuidadores

Cuando una persona dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado de otra que ha perdido su capacidad de valerse por sí mismo se generan cambios en la vida del cuidador que repercuten en diversos aspectos como en las

relaciones con los demás integrantes de la familia y sus amigos más cercanos, en el entorno laboral, en la situación económica, en su salud y estado de ánimo.

Debido al aumento en la demanda de cuidados que el enfermo necesita y los altos costos generados por la enfermedad, además de los problemas familiares que se presentarán durante el transcurso de la enfermedad, el cuidador se ve sometido al agotamiento tanto físico como emocional.⁵⁹

Rogero (2010), expresó que «los efectos del cuidado sobre el cuidador suelen diferenciarse por ámbitos económicos y no económicos», entendiendo que los aspectos económicos son aquellos que se encuentran relacionados con los gastos generados por la enfermedad donde generalmente hay implicación de dinero. Mientras que los aspectos no económicos «son aquellos que implican el deterioro de cualquier dimensión de la calidad de vida», donde podemos destacar la afectación en la salud física, psicológica, las relaciones interpersonales y las actividades sociales.⁶⁰

En las relaciones interpersonales suelen aparecer desacuerdos entre el cuidador y los demás miembros de la familia con respecto a la toma de decisiones, comportamientos y actitudes hacia el enfermo. Se pueden presentar disputas debido a que los demás no son capaces de «apreciar el esfuerzo que realiza el cuidador».⁶⁰

También son frecuentes los problemas económicos, donde cabe destacar dos causas principales, la primera ocasionada por la disminución de los ingresos, debido al abandono del trabajo o la reducción en las horas laborales a la que muchas veces se somete el cuidador para dedicarle más tiempo al enfermo; y la segunda por el incremento en los gastos de la enfermedad.

Durante el cuidado de un enfermo, el cuidador puede experimentar sentimientos positivos o negativos, dependiendo de la perspectiva que se tome en consideración. La mejoría del enfermo con el pasar del tiempo y el hecho de observar que cada día se encuentra mejor, produce sentimientos positivos en el cuidador como la satisfacción de que a pesar que su familiar padece una

enfermedad y de las dificultades que se presenten cada día, se puede salir adelante.

Sin embargo, muchas veces los cuidadores se ven obligados a hacerse cargo de su familiar enfermo lo que provoca la aparición de sentimientos negativos como tristeza, culpa, enojo, desesperanza, frustración, preocupación, ansiedad, irritabilidad, estrés, depresión, ideas suicidas o de abandono lo que a largo plazo genera cansancio físico y la percepción de que su salud se ha deteriorado desde que asumieron el rol de cuidador.

Según Navarro (2010), existe evidencia que demuestra que «los hombres presentan menos respuestas emocionales negativas que las mujeres aunque los factores que se encuentran relacionados con tal hecho no han sido estudiados en profundidad hasta el momento». Por otro lado, se ha observado que no todos los cuidadores sufren el mismo desenlace con relación a los sentimientos negativos, y han descrito «su experiencia como satisfactoria y gratificante».⁶¹

El agotamiento que padecen las personas que asumen el rol de cuidador puede desencadenar problemas a la hora de llevar a cabo las tareas de cuidado hacia su familiar de manera efectiva, y en ocasiones sienten que son los únicos que pueden ocuparse del enfermo por lo que no son capaces de delegar sus funciones o parte de ellas hacia los demás integrantes de la familia, haciendo que el cuidado no cumpla con los requerimientos adecuados para satisfacer las necesidades del enfermo de manera apropiada.

Dentro de las alteraciones físicas que pueden presentar los cuidadores tenemos los dolores articulares, cambios en el patrón del sueño, dolores de cabeza frecuentes, dolor de espalda, pérdida de energía, fatiga crónica, entre otros.⁶²

III.12 Síndrome de Burnout en los Cuidadores

Según Maslach y Jackson (1981), el síndrome de Burnout «es una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son

el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal». ⁶³

Con el tiempo, los signos y síntomas del agotamiento emocional van aumentando y la persona entra en un estado donde se cree incapaz de desempeñar sus funciones, lo que genera actitudes y sentimientos negativos. El agotamiento tanto físico como emocional «son señales que el cuidador puede percibir de manera oportuna», sin embargo, de no ser así esto se puede convertir en perjudicial para su salud. ⁶⁴

Por otro lado, Roger Forbes Álvarez (2011) consideró que el Síndrome de Burnout «envuelve una serie de padecimientos a nivel psicológico, físico, social»⁶⁵, el cual implica tres aspectos básicos que son el agotamiento emocional, la deshumanización y la baja autorrealización.

El primer aspecto se basa en una disminución y pérdida de recursos emocionales; es un estado de agotamiento físico y psicológico debido a la exposición a estrés prolongado al estar en contacto con otras personas.

El agotamiento emocional se encuentra determinado por pérdida de energía y sentimientos de debilidad donde el cuidador se queja constantemente de la incapacidad de realizar las tareas adecuadamente por el hecho de que las mismas suelen ser numerosas.

Por otro lado, la despersonalización hace referencia al desarrollo de actitudes negativas, distantes, frías y de insensibilidad hacia el enfermo dependiente. Suele desarrollarse como respuesta al agotamiento emocional, donde el cuidador se encuentra sometido a labores intensas lo que llevará a su aislamiento, disminución en la realización de sus tareas, lo que conlleva a problemas en su desempeño, pasando de «su mejor esfuerzo a hacer sólo el mínimo». ⁶⁶

La baja autorrealización consiste en la percepción del trabajo de manera negativa, donde los afectados reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, presentando baja autoestima en el ámbito profesional ⁶⁶. Representa

el componente de autoevaluación del síndrome de Burnout, que se acompaña de carencia de recursos y falta de apoyo social, de modo que los cuidadores tienen una perspectiva negativa sobre sí mismos y de las personas que se encuentran a su alrededor.

Por ello, podemos decir que el Síndrome de Burnout se caracteriza por la pérdida del interés con respecto a la realización de las actividades relacionadas con el ámbito laboral, donde las tareas dejan de tener importancia y el esfuerzo personal pasa a segundo plano por los altos niveles de estrés a los que se encuentra sometido el cuidador. La susceptibilidad de padecer el síndrome ocurre en los primeros años del cuidado, con mayor prevalencia en el sexo femenino, lo cual se asocia a la doble carga de trabajo a las que se ve sujeta la mujer.⁶⁷

En el ámbito psicológico, el Burnout puede ocasionar deterioro en las relaciones personales así como depresión, ansiedad e irritabilidad. El cansancio que presenta el cuidador, como consecuencia de cuidar al enfermo ocurre a nivel emocional, social y en el sentimiento de autorrealización.

Por otro lado, a nivel físico se puede presentar dificultad para conciliar el sueño, alteraciones cardiovasculares, pérdida de peso, alteraciones gastrointestinales, fatiga crónica, entre otras.

Esta condición conlleva a una disminución en la calidad del cuidado, actitud negativa hacia la persona que debe cuidar, disminución del sentido de realización personal, bajo umbral para soportar la presión y conflictos de todo tipo.

Es la cronicidad de la exposición a factores estresantes, que producen la baja autoestima, frustración, melancolía, impotencia, desmotivación, fracaso, malestar general y en algunos casos depresión, ansiedad y psicosis con angustia, llegando en casos más graves a ideas suicidas.

Este síndrome presenta 4 estadios de evolución de la enfermedad aunque no siempre están bien definidos que son leve, moderada, grave y extrema.⁶⁸

En la forma leve se presentan síntomas físicos e inespecíficos como cefaleas, dolores musculares, lumbalgias, entre otros. La forma moderada se caracteriza por la aparición de insomnio, déficit atencional y en la concentración, disfunción sexual y tendencia a la automedicación.

El cuadro se va agravando de manera gradual a medida que va pasando el tiempo de proveer los cuidados. Al principio, el cuidador se encuentra en proceso de adaptación de haber asumido el rol y esto puede generar cierto tipo de protección, pero a medida que las actividades de cuidado se repiten día a día, el cuidador comienza a sentirse agobiado, lo que les provoca sentimientos de frustración y fracaso, creando una relación directa entre la sintomatología y la gravedad de la enfermedad.⁶⁸

En la forma grave existe un mayor ausentismo, aversión por la tarea, cinismo y abuso de sustancias y otros psicofármacos. Por último, la forma extrema suele haber aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatológica: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, elementos que pueden ser evaluados a través del MBI (Maslach Burnout Inventory).⁶⁸

El MBI, en español, el Inventario de Agotamiento de Maslach es un cuestionario psicológico que cuenta con 22 artículos relacionados con el Síndrome de Burnout o agotamiento ocupacional, el cual fue creado por Christina Maslach y Susan E. Jackson con el objetivo de evaluar el agotamiento del individuo.⁶⁹

El cuestionario está formado por una serie de afirmaciones que abarcan los sentimientos y actitudes del cuidador en su trabajo y hacia la persona cuidada, cuya función consiste en medir la frecuencia e intensidad con la que una persona puede padecer el Síndrome de Burnout.

La cantidad de ítems evaluados dependen de la escala que se vaya a medir, constanding así la escala de cansancio emocional de 9 preguntas que valoran el grado de agotamiento emocional que posee la persona por las demandas requeridas por el trabajo, cuya puntuación máxima es de 54 puntos. La escala de despersonalización consta de 5 preguntas que evalúan el nivel de distanciamiento e indiferencia del cuidador, con una puntuación de 30; y la escala de realización personal se encarga de valorar los sentimientos autoeficacia en la ejecución de las tareas, compuesta por 8 preguntas y un puntaje máximo de 48 puntos.⁷⁰

Dependiendo del puntaje obtenido en el cuestionario, se observa la presencia del Síndrome de Burnout cuando se alcanzan puntuaciones altas en las escalas de cansancio emocional y despersonalización, y bajas en la escala de realización personal, por lo que los indicios suelen ser menos o más severos según si aparecen en una o en las tres escalas.

III.13 Efectos del Estrés en la Salud

La OMS (1994), definió el estrés como todas «aquellas reacciones fisiológicas que en conjunto preparan al organismo para llevar a cabo una acción», el cual podría ser considerado como un estímulo capaz de producir una respuesta necesaria para la supervivencia, que a su vez podría ser útil para satisfacer las demandas del medio o exageradas y ser perjudicial para la salud.⁷¹

Si esta respuesta ocurre en exceso ocasiona una carga que repercute en el organismo de la persona y provoca la aparición de signos y síntomas que imposibilita el funcionamiento y desarrollo del organismo. Ocuparse de satisfacer todas las necesidades de una persona que no puede valerse por sí misma genera una fuente de estrés crónico que repercute en la salud del cuidador.

Lazarus y Folkman (1984), constataron que «el modelo de estrés más utilizado en el estudio del cuidado informal y sus consecuencias sobre la salud ha sido el transaccional», el cual admite que ante cualquier tipo de estímulo que sea demandado por el cuidador se pone en marcha una serie de mecanismos que

determinan si este supone una amenaza, es beneficioso o no tiene importancia para mantener el bienestar de la persona.⁷²

El estrés en sentido general se distingue del síndrome de burnout con facilidad, siendo el primero un proceso que implica consecuencias tanto positivas como negativas, mientras que el segundo hace referencia únicamente a efectos negativos tanto para la persona que presta sus cuidados como para el enfermo que los recibe, que se produce como resultado de la exposición a un estrés crónico que imposibilita desarrollar las actividades laborales del cuidador de manera efectiva.⁷³

Frecuentemente, la salud de los cuidadores se ve afectada en mayor o menor proporción dependiendo del género, donde los hombres generalmente presentan menor malestar físico y emocional que las mujeres, siendo éstas últimas más propensas a padecer ansiedad, depresión, peor salud y niveles de estrés superiores.

Esto se debe en gran proporción a que las mujeres son más conscientes de su salud, suelen preocuparse más, se hacen cargo de la persona que necesita cuidados la mayor parte del tiempo lo que disminuye las horas que se dedican a sí mismas, lo que provoca mayor deterioro en la salud y el advenimiento de nuevas patologías.

Etiológicamente existen estresores que predisponen la aparición de carga, los cuales se clasifican en primarios y secundarios.

Los estresores primarios son aquellos relacionados directamente con el enfermo y sus cuidados, la gravedad de la enfermedad del paciente, las alteraciones conductuales y las dificultades que presenta el enfermo en su autocuidado. Mientras que los estresores secundarios se relacionan con la evaluación y la percepción que el cuidador hace de sus propios recursos, de la relación que existe entre el cuidador y el receptor de cuidados, además de la percepción de la red de apoyo social, y generalmente suelen ser agravados por los estresores primarios.⁷⁴

Por otro lado, los estresores secundarios se clasifican en tipo rol e intrapsíquicos, los primeros hacen referencia a las consecuencias negativas que suponen para el cuidador ocuparse de una persona dependiente, en diversos aspectos de su vida, incluyendo el familiar, social o laboral. Mientras que los estresores intrapsíquicos se presentan cuando hay pérdida de la autoestima, autocontrol y autoeficacia con respecto al cuidado del enfermo.

III.14 Trastorno Depresivo Mayor

El estado de ánimo se define como «el tono emocional o sentimental» que interviene en el comportamiento de una persona y en como ésta percibe la manera de formar parte del mundo, el cual se mantiene por un tiempo determinado.⁷⁵

Un sin número de palabras han sido utilizadas para referirse al estado de ánimo como: deprimido, triste, vacío, irritable, eufórico, maníaco, alegre, entre otros. Algunos pueden ser observados por el psiquiatra, como es el caso de la tristeza y la alegría, mientras que otros solo pueden ser percibidos por el paciente, como la desesperanza.⁷⁵

Los trastornos del estado de ánimo, también conocidos como afectivos, ocupan un lugar importante dentro de la salud mental, y se caracterizan por la presencia de alteraciones emocionales, donde existen períodos prolongados de tristeza excesiva, exaltación o euforia excesiva, o ambos. Dentro de éstos, podemos encontrar el trastorno depresivo mayor y el bipolar, que constituyen los dos extremos de los trastornos del estado de ánimo.⁷⁶

A la vez, estos pueden generar cambios en el nivel de actividad, las funciones cognitivas, el habla, alteraciones en el sueño y la actividad sexual, las cuales provocan un deterioro significativo en el ámbito laboral, social y personal.⁷⁵

Lang UE, Borgwardt S. (2013) definieron la depresión mayor como «un trastorno mental que ocurre en todas las edades, géneros y niveles

socioeconómicos. Se presenta con sentimientos de tristeza, pérdida de interés, culpabilidad, poca concentración, baja autoestima, alteraciones del sueño y aumento o disminución del apetito». ⁷⁷

La depresión presenta una variedad de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, retraimiento social, disminución de libido, la fatiga y la pérdida de interés en las actividades que solían ser placenteras ⁷⁸. Una gran parte de la población que padece depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio.

III. 14.1 Historia

El término depresión se remonta al Antiguo Testamento, donde se relatan los episodios graves de tristeza y melancolía del rey Saúl, quien en un inicio respondía de manera satisfactoria a la terapia musical que recibía de su hijo David. ⁷⁹

En la antigüedad, esta enfermedad hacía referencia al estado mental, corporal y espiritual de una persona, el cual se conoció como melancolía, donde en el siglo IV a.C, Hipócrates usaba el término para referirse a «un temor que se prolonga durante un largo tiempo y se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra» ⁷⁹, el cual es considerado como uno de los cuatro humores que definen el temperamento de la salud y que cualquier enfermedad se produce por el desequilibrio de los humores en el cuerpo.

Cien años después, Aristóteles sigue las teorías hipocráticas y considera la existencia de cuatro tipos de temperamentos, que son el melancólico, colérico, sanguíneo y flemoso, los cuales más adelante inspiraron a Galeno, principal figura de la Roma Antigua, quien señaló la importancia del miedo como síntoma simultáneo con la tristeza. ⁸⁰

En el siglo XVIII aparece la palabra depresión por primera vez, la cual proviene del latín «de y premere», que quiere decir apretar u oprimir y «deprimere», que significa empujar hacia abajo. En 1621, se publicó el primer

libro en inglés, relacionado totalmente con la depresión, que fue «Anatomy of Melancholy», de Robert Bulton ⁷⁵. En 1725, Richard Blackmore habla acerca de «estar deprimido en profunda tristeza y melancolía», mientras que en 1764, Robert Whytt establece la relación de la depresión con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. ⁷⁹

En el siglo XIX, durante el Renacimiento, Paracelso en su tratado «De las enfermedades que privan al hombre de la razón como el baile de San Vito, la epilepsia, la melancolía y la insanía», no considera que las enfermedades mentales sean causadas por demonios o espíritus y estableció la diferencia entre debilidad mental y varias formas de manía. ⁸⁰

En Europa, se pone de manifiesto la idea de que los enfermos mentales deben recibir atención y tratamiento en instituciones creadas para ello con el fin de atender las demandas de las enfermedades psiquiátricas. Con la reforma, la aparición de nuevas tendencias religiosas, la nueva visión racional del mundo, los planteamientos filosóficos y los avances a nivel científico fueron los desencadenantes de la nueva visión acerca de la enfermedad mental.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, surgen autores como Philippe Pinel, quien en su «Tratado de locura», clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: melancolía para referirse a la alteración de la función intelectual, manía como una excesiva excitación nerviosa acompañada de delirio o sin él, idiocia como una disminución de las facultades intelectuales y afectos, y demencia como una alteración en el pensamiento, explicando su origen a través de la herencia y los factores ambientales. ⁸⁰

En 1854, Jules Falret describió una afección en la que los pacientes experimentaban estados de ánimo de depresión y manía que se alternaban entre sí, a la cual denominó «folie circulaire», a la vez que destaca el suicidio como resultado de un trastorno mental. En 1882, Kahlbaum, un psiquiatra alemán,

utiliza el término ciclotimia para referirse a la depresión y la manía como estadios de la misma enfermedad.

En 1899, Emil Kraepelin, partiendo de las teorías de otros psiquiatras franceses y alemanes, describió la psicosis maníaco-depresiva utilizando la mayoría de los criterios que hoy día emplean los psiquiatras para establecer el diagnóstico del trastorno bipolar tipo I; y habló acerca de la melancolía involutiva. En 1970, Aaron Beck, establece la tríada cognitiva de la depresión caracterizada por «visión negativa sobre sí mismo, percepción hostil del mundo y visión de futuro fracasada o sufrida».⁸⁰

III. 14.2 Epidemiología

Se presenta entre el 5 y 8 por ciento de la población general, pero cuando se ve asociada a comorbilidades con otras enfermedades médicas y psiquiátricas, la incidencia aumenta, alcanzando cifras entre el 25 y 30 por ciento.⁷³ La tasa de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno oscila entre el 5 al 17 por ciento.⁷⁵

El Trastorno Depresivo Mayor, independientemente del país o la cultura, es el doble en las mujeres que en los hombres, donde se han propuesto razones que explican el por qué, como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales, los cuales son diferentes en hombres y mujeres.

Con respecto a la edad de aparición, el trastorno suele aparecer entre los 20 y 50 años de edad, con una media cerca de los 40 años de edad, aunque éste puede iniciar en la infancia o a una edad avanzada. Sin embargo, la incidencia ha aumentado en los últimos años en los jóvenes menores de 20 años, lo cual podría asociarse al aumento del consumo de alcohol y el abuso de sustancias en este grupo etario.⁷⁵

En el 2017, en Estados Unidos se estimó que 17.3 millones de adultos padecieron al menos un episodio depresivo mayor, que corresponde al 7.1 por

ciento de la población. Se observó una prevalencia mayor en las mujeres adultas (8.7 por ciento) en comparación con los hombres (5.3 por ciento).⁸

III. 14.3 Etiología

Según la Organización mundial de la Salud (2018), «la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y puede convertirse en un problema serio, en casos graves puede llegar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800,000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 15-29 años de edad».⁸²

La etiología de la depresión mayor puede tener un origen biológico, genético, fisiológico, hormonal o ser provocada por situaciones estresantes, factores sociales o psicológicos.

Con respecto al enfoque biológico de la depresión, predomina la hipótesis de las monoaminas, la cual propone que la enfermedad es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina, en las regiones límbicas del cerebro, que son las encargadas del control de las emociones⁸³. De igual manera, se ha propuesto la participación de la dopamina en el curso de la enfermedad debido a que se ha observado que su actividad se encuentra disminuida en la depresión.

Una hipótesis que se ha propuesto reciente, propone que los episodios depresivos mayores se deben a modificaciones en el sistema nervioso central (SNC) como respuesta a niveles crónicos de estrés, donde se ha evidenciado que el mismo es un factor importante para la aparición de los trastornos del estado de ánimo.

También se ha visto que en la depresión hay una reducción en los niveles de las neurotrofinas como el factor de crecimiento nervioso (NGF) y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), que son proteínas que influyen en los procesos de neurogénesis y plasticidad neuronal tanto en el SNC como en el

SNP. Otras hipótesis que han sido asociadas con el trastorno son la hipótesis proinflamatoria, el déficit de GABA y la exacerbación del sistema del glutamato.⁸³

Se ha propuesto que el origen de la depresión guarda relación con la interacción de factores genéticos y ambientales que dan lugar a alteraciones en la liberación de las monoaminas. Según estudios familiares que se han realizado, si uno de los padres padece de un trastorno del estado de ánimo, sus hijos tienen una probabilidad de entre 10 y 25 por ciento de padecer la enfermedad, donde el riesgo aumenta el doble si ambos padres están afectados, y suele ser mayor mientras más integrantes de la familia se encuentren afectados.

Con relación a los factores ambientales, las situaciones vitales y estresantes por las que atraviesa una persona tienen un papel primario o importante en la aparición de la enfermedad, donde se ha observado que la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años de edad es el suceso que más se asocia con el desarrollo de la depresión, mientras que el factor estresante del entorno más asociado suele ser la pérdida del cónyuge y el desempleo.⁷⁵

El trastorno de depresión mayor suele ser recurrente y, a menudo, el inicio de un episodio depresivo se relaciona con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes.

III. 14.4 Criterios diagnósticos

Quienes han pasado por situaciones adversas como desempleo, la pérdida de un ser querido, traumatismos psicológicos tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez la depresión puede generar más estrés y disfunción y empeorar la situación de la persona afectada.

Según el DSM-V los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, son la presencia de cinco o más síntomas por más de dos semanas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día según la observación por parte de otra persona o por información subjetiva, disminución importante del interés o placer por actividades cotidianas, pérdida importante de peso o disminución del apetito, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor casi

todos los días, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa, inutilidad, disminución de concentración o dificultad para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.⁸⁴

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra patología.

La OMS clasifica los episodios depresivos como leves, moderados o graves. Una persona con episodios depresivos leves presentara algún grado de dificultad para continuar con sus actividades cotidianas tanto sociales como laborales, pero probablemente no las suspendan por completo. Sin embargo, durante un episodio grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades domésticas, laborales o sociales si no es con grandes limitaciones.⁸²

III. 14.5 Tratamiento

Medicamentos estabilizadores del estado de ánimo conforman la terapéutica más recetada para el trastorno depresivo mayor en el mundo. Los antidepresivos tardan varias semanas antes de que hagan efecto sus beneficios.⁸³

Los profesionales de la salud también suelen ofrecer tratamientos psicológicos como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal.

Aunque existan tratamientos eficaces para este trastorno, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe esos tratamientos. Los principales obstáculos para la obtención de los mismos son la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, la estigmatización de los trastornos mentales y el diagnóstico incorrecto debido a una evaluación errónea.⁸³

III.15 Impacto del Trastorno Depresivo Mayor en la Familia

Los trastornos mentales ocasionan un impacto que se considera significativo en el sistema familiar y en la comunidad. El Trastorno Depresivo Mayor es una enfermedad silente que poco a poco va deteriorando la estructura familiar, poniendo en peligro el funcionamiento de la misma, provocando desequilibrio e inestabilidad en las relaciones entre los integrantes de la misma, lo que a largo plazo repercute en el ámbito social, personal y psicológico tanto de la persona que padece la enfermedad y quienes lo rodean.⁸⁵

La enfermedad suele ser percibida como compleja por parte de los familiares, principalmente por la percepción de cómo deben realizar el cuidado, debido a que la familia se siente con la responsabilidad de ofrecer apoyo a su familiar, lo cual está dado por el sentimiento innato que surge en los seres humanos de otorgar ayuda a las personas más necesitadas. Sin embargo, a la hora de llevar a cabo la tarea se ven abrumados por los inmensos obstáculos que trae consigo la enfermedad, ya que en muchas ocasiones tienen la sensación de que no poseen la capacitación suficiente para hacerlo, o incluso los conocimientos adecuados para hacerlo de manera eficaz.⁸⁶

Los familiares describen la enfermedad como difícil de comprender desde sus perspectivas y de aceptar las distintas formas de manifestación de la misma en su familiar enfermo, ya que éstos experimentan cambios en el estado de ánimo que son inexplicables para la familia como el desinterés por la vida o la pérdida de realizar todas las actividades de su vida cotidiana y del sentido de la vida, así como también la persistencia de ideas suicidas cuyo fin es terminar con su vida.

En ocasiones, los familiares perciben los malestares del enfermo como exagerados ya que no encuentran argumentos que sean lo suficientemente válidos para explicar el por qué se sienten tan mal, como si no tuvieran razones suficientes para vivir. Por otro lado, el enfermo se siente incomprendido por sus familiares en la mayoría de las ocasiones, sintiendo que «nadie los entiende

incluso si intentaran explicarlo a los demás, ya que la enfermedad es como un castigo que llevan consigo para toda la vida». ⁸⁶

En la actualidad, la familia sigue siendo la encargada de los cuidados del familiar que padece de un trastorno mental, ya sea el depresivo, o de cualquier otro tipo, pero para comprender efectivamente su papel es necesario tomar en consideración los cambios sociales que se han producido con el paso del tiempo y que inciden de manera positiva o negativa en el cuidado del familiar, donde se destaca la inducción de la mujer en el ámbito laboral lo que produce una disminución significativa en su tiempo disponible para llevar a cabo las tareas del hogar y cuidar de sus familiares, en parte debido a que pasa muchas horas fuera de la casa; también influye la cantidad de personas que viven en una misma casa lo que aumenta las necesidades de brindar mayores cuidados. ⁸⁷

Independientemente de la naturaleza o el tipo de familia, que tener en consideración que éstas deben desempeñar las mismas funciones, las cuales se ven reducidas cuando surge la necesidad de cuidar a una persona que padece de un trastorno mental, ya que aumentan las demandas de tiempo, recursos y apoyo que necesita la persona enferma, lo que a medida que pasa el tiempo hace que se torne cada vez más difícil llevar a cabo la tarea de cuidado, además de que en un sin número de casos éstas no se encuentran preparadas para responder ante todas las demandas que requiere la enfermedad, lo que provoca alteraciones y distintos tipos de reacciones por parte de los demás integrantes de la familia.

Es por ello, que las familias se van a diferenciar en función de cómo reaccionen ante la presencia de un problema nuevo que antes no estaba presente, lo que va a depender de varios factores como las creencias familiares hacia la enfermedad, el momento evolutivo por el cual se encuentre atravesando la familia, el estigma social que durante tanto tiempo ha persistido en la sociedad con relación a los trastornos mentales y la capacidad de la familia de enfrentarse a él, los factores propios de la enfermedad en cuanto al comienzo o curso de la

misma y la experiencia que la familia tenga o adquiera a medida que la enfermedad siga su curso natural.⁸⁷

Se han destacado tres factores que influyen en la aparición de la enfermedad, como son el nivel socioeconómico de la familia, la estructura familiar y el género de la persona que padece el trastorno. En cuanto al nivel socioeconómico, este tiene vital importancia debido a que ofrece oportunidades de rehabilitación, mejores cuidados médicos y acceso a nuevas tecnologías que otorgaran mayor eficacia en el tratamiento de la enfermedad.

De igual manera, la estructura familiar influye, ya que un trastorno mental es un estresor para la familia y en muchas ocasiones, cuando se trata de adolescentes, esto puede tener dos consecuencias, o que la familia se una más, o que se produzca una ruptura entre los padres debido a que no son capaces de sobrellevar la enfermedad y la generación de conflictos.

Con referencia a las alteraciones que se producen en el sistema familiar una vez que uno de sus miembros es diagnosticado con una enfermedad mental, tenemos las estructurales, donde la familia se ve afectada por la presencia de la enfermedad lo que provoca cambios en los roles y funciones de la misma, donde surge el cuidador primario o principal, que es la persona que asume el cuidado del enfermo, produciéndose una relación estrecha entre ambas partes, tanto de la persona que ofrece los cuidados como del discapacitado, quedando los demás miembros de la familia excluidos, lo que puede hacerlos celosos y resentidos, no llegando a entender los cuidados y sentirse abandonados, provocándoles síntomas físicos o psicológicos, que a su vez, agregarían otro factor estresante a la estructura de la familia y provocar un mayor deterioro en el funcionamiento de la misma.⁸⁶

Esto produce trascendencia en el ámbito emocional, lo que provoca sentimientos de angustia, dolor, impotencia, depresión, ansiedad, agresividad, culpabilidad, temor al futuro propio y del familiar enfermo, así como deseos de que la persona discapacitada muera, ya sea para que no siga sufriendo o para que deje de ser una carga para la familia, a la vez que surgen deseos

contradictorios entre el ofrecer ayuda al enfermo y el sentirlo como una carga debido a la cantidad de tiempo que necesita en los cuidados, provocando un derrumbe físico o psicológico en la familia. ⁸⁷

IV. MARCO METODOLÓGICO

IV.1 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA
Edad del paciente	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años cumplidos	Numérica
Sexo del paciente	Estado fenotípico condicionado genéticamente que determina el género al que pertenece el individuo	Femenino Masculino	Nominal
Religión	Conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina	Católico, Evangélico, Adventista, Mormón, Protestante, Deísta, Testigo de Jehová	Nominal
Estado Civil	Condición de una persona en relación al matrimonio	Soltero/a, Casado/a, divorciado/a, viudo/a, unión libre	Nominal
Tiempo de cuidado	Duración del cuidado al familiar	Meses, años	Numérica
Tiempo de enfermedad	Duración del Trastorno Depresivo Mayor desde su diagnóstico hasta la actualidad	Meses, años	Numérica
Comorbilidades	Presencia de otras condiciones que ocurren al mismo tiempo que el TDM	Si No	Nominal
Presencia de enfermedad mental en la familia	Existencia de trastornos mentales en otro miembro de la familia	Si No	Nominal
Percepción de estado de salud	Modo en que la persona se siente sobre su salud	Buen estado de salud Mal estado de salud	Nominal
Red de apoyo	Personas que brindan ayuda emocional y material	Si No	Nominal
Cuidador Principal	Persona que asume responsabilidad en atención y cuidados diarios del enfermo	Madre, padre, esposo/a, hijo/a, hermano/a, abuelo/a	Nominal
Realización de actividades sociales/ de ocio	Diversión para alivio del trabajo	Si No	Nominal
Nivel de sobrecarga	Efecto de saturación que sobreviene y se añade al estado emocional	No sobrecarga, Sobrecarga moderada, Sobrecarga intensa	Nominal
Carga económica	Problemas de los familiares concernientes a los costos de la atención médica	Si No	Nominal

IV.2 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección prospectiva de datos, con el propósito de determinar el impacto en el sistema familiar del manejo del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) a uno de sus miembros en el Instituto de la Familia Inc. (IDEFA), en el período Septiembre 2019 - Febrero 2020.

IV.3 Área de Estudio



Ilustración 1 - Mapa de la Ciudad de Santo Domingo obtenido a través de Google Maps (2019)

El estudio fue realizado en el Instituto de la Familia Inc. (IDEFA) ubicado en la Av. José Contreras No. 73, Santo Domingo, República Dominicana.

IV.4 Universo

La población objeto de investigación estuvo conformada por familiares de pacientes que recibieron tratamiento en el Instituto de la Familia Inc. (IDEFA).

IV.5 Muestra

La muestra estuvo constituida por los familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor que recibieron tratamiento en el Instituto de la Familia Inc. (IDEFA) en este período.

IV.6 Criterios

IV.6.1 Criterios de Inclusión

- Ser mayor de edad.
- Ser familiar de un paciente con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) tratado en el Instituto de la Familia Inc. (IDEFA).
- La persona debe de estar de acuerdo para participar en la investigación.
- Tener más de 3 meses viviendo con su familiar con Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

IV.6.2 Criterios de Exclusión

- Ser menor de edad.
- Familiar de paciente con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no recibe asistencia en el Instituto de la Familia Inc. (IDEFA).
- Persona que no quiera participar en la investigación.

IV.7 Instrumentos de recolección de datos

La información necesaria para el desarrollo de la investigación se obtuvo con la utilización de dos instrumentos, donde se utilizó una encuesta llamada «Evaluación del Impacto en el Sistema Familiar del Trastorno Depresivo Mayor a uno de sus miembros» este instrumento de recolección de datos fue creado a partir del Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA) y de la versión en español del cuestionario Impact On Family Scale (IFS) contiene 20 preguntas, que abarcaron las variables de interés de nuestra investigación, incluyendo aspectos sociodemográficos, así como otras destinadas a medir el impacto de este trastorno mental en el sistema familiar.

Además, se utilizó la «Escala de Zarit», que es una herramienta destinada a la medición del nivel de sobrecarga, esta cuenta con 22 interrogantes cuyas respuestas tienen un puntaje el cual se adiciona para determinar si el cuidador sufre de un grado de sobrecarga moderada, intensa o si no tiene sobrecarga.

IV.8 Procedimientos de recolección de datos

Tras haber sido revisado y aprobado el anteproyecto por la Unidad de Investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y por el equipo de Gestión del Instituto de la Familia, Inc. (IDEFA), los familiares fueron abordados en la sala de espera mientras esperaban a que su pariente reciba asistencia, donde se les entregó el instrumento de recolección de datos, el cual constó de una serie de preguntas que debían ser contestadas por sí mismos

Se recolectaron los datos, de lunes a viernes de 9:00 a.m. – 6:00 p.m., en el Instituto de la Familia, Inc. (IDEFA), bajo la supervisión de la Dra. Annabel Espinosa.

IV.9 Plan de Análisis de Datos

El procesamiento de datos se realizó mediante el uso de herramientas estadísticas y con el apoyo del computador, utilizando el programa de Microsoft Excel.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó la distribución de frecuencias, representaciones gráficas y las medidas de tendencia central.

IV.10 Aspectos Éticos

El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión de la unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la universidad a través de la Escuela de Medicina, así como la Dirección y al Equipo de Gestión del Instituto de la Familia Inc. (IDEFA), cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la declaración de Helsinki y las pautas del consejo de Organizaciones de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Los mismos fueron manejados con suma cautela e introducidos en las bases creadas con esta información manejada únicamente por las sustentantes.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los participantes de las encuestas será protegida en todo momento, manejándose datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada al resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

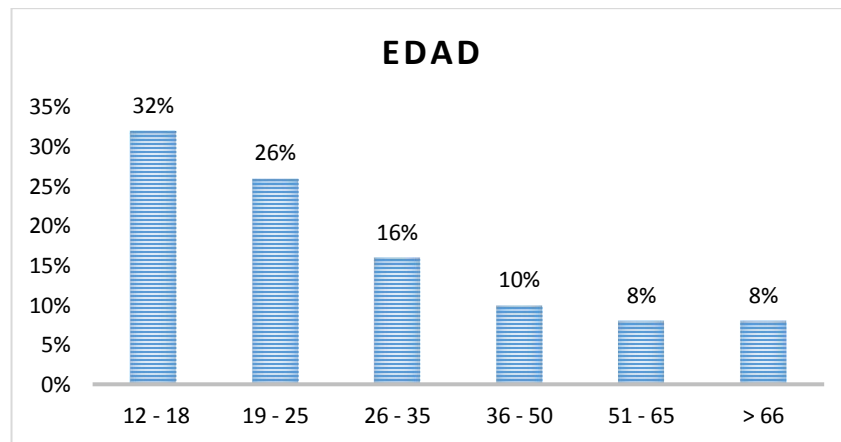
V. RESULTADOS

En este estudio de investigación los datos fueron recolectados mediante la realización de 50 encuestas anónimas a familias que cuentan con un familiar diagnosticado con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que asistieron al Instituto de la Familia, Inc. (IDEFA) en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana en el período Septiembre 2019 a Febrero 2020.

El instrumento de recolección de datos cuenta con la siguiente información: características sociodemográficas del paciente, datos de las comorbilidades del mismo y otras variables de interés para el estudio.

A continuación, se presentan los resultados en sus respectivas gráficas y tablas.

Gráfica 1. Rangos de Edad de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, período septiembre 2019 – Febrero 2020.

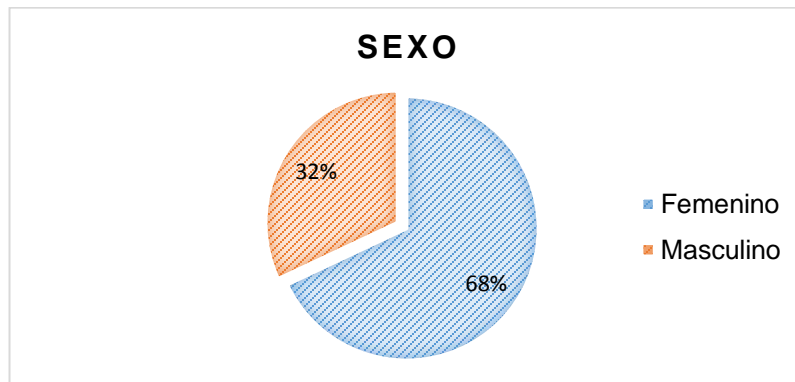


Fuente: Instrumentación de datos

La grafica 1, representa los diferentes rangos de edad de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor que recibieron asistencia en el IDEFA, el 32 por ciento se encuentra entre los 12 y 18 años, siendo el rango de edad más predominante, el 26 por ciento entre 19 y 25 años, el 10 por ciento entre 36 y 50

años, mientras que las edades comprendidas entre 51 y 65 años, al igual que los mayores de 66 años están conformados por el 8 por ciento cada uno.

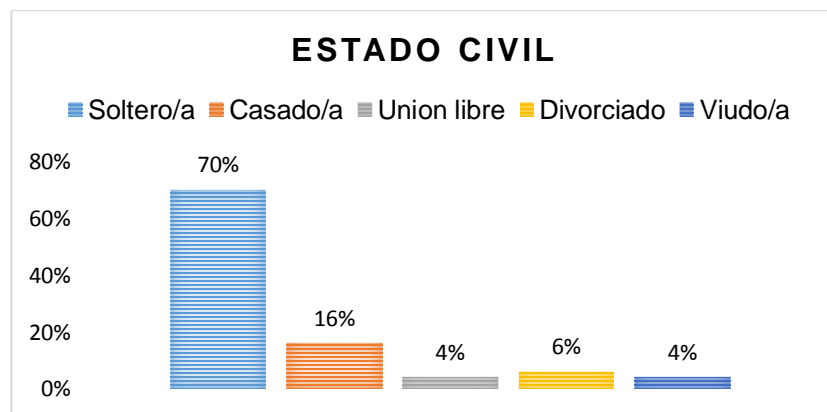
Gráfica 2. Sexo de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 2, se representa el sexo de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron asistencia en el IDEFA siendo el género femenino más predominante, el 68 por ciento de los casos y el sexo masculino un 32 por ciento.

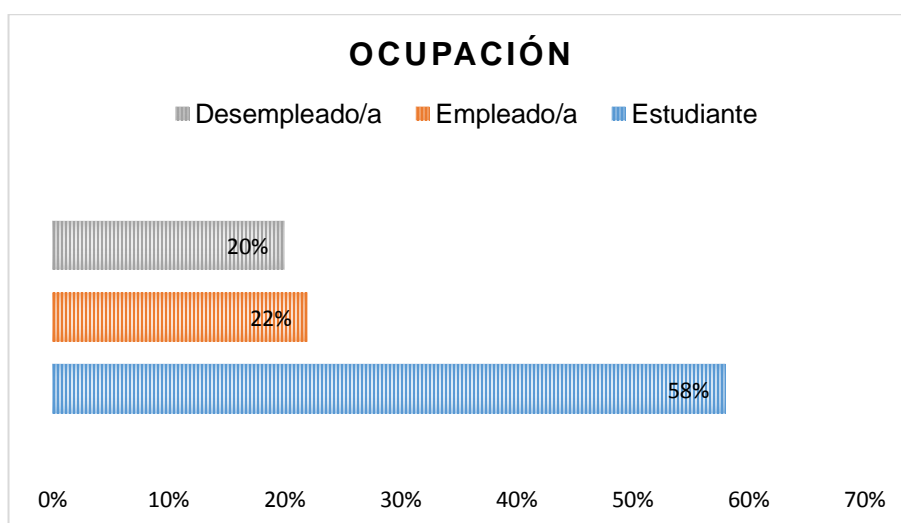
Gráfica 3. Estado Civil de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 3, se muestra el estado civil de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, el 70 por ciento de los pacientes aseguran estar solteros, mientras que el 16 por ciento están casados, el 4 por ciento en unión libre, el 6 por ciento están divorciados y el 4 por ciento refieren estar viudos/as.

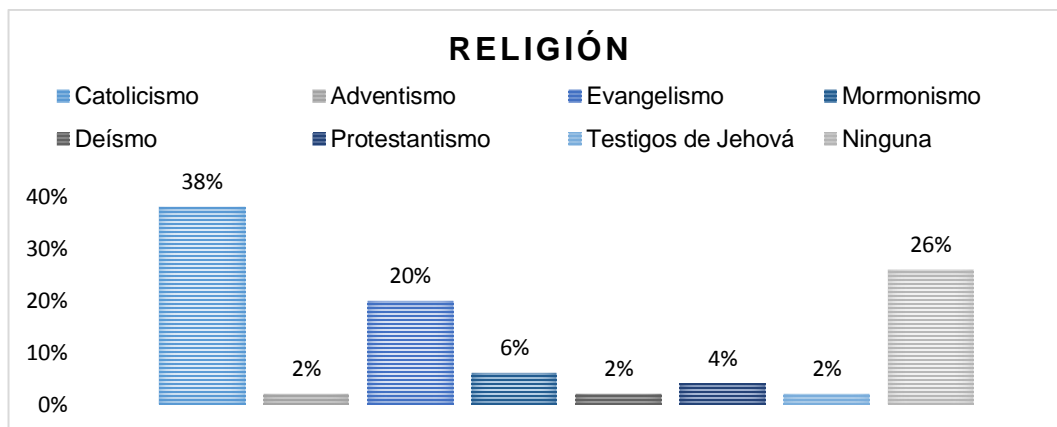
Gráfica 4. Ocupación de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 4, se representa la ocupación de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), ya sea que son estudiantes, empleados o están desempleados. Según los resultados obtenidos en las encuestas realizadas en el IDEFA el 20 por ciento de los pacientes son desempleados, mientras que, el 22 por ciento empleados y el 58 por ciento son estudiantes. Siendo los estudiantes la muestra más representativa.

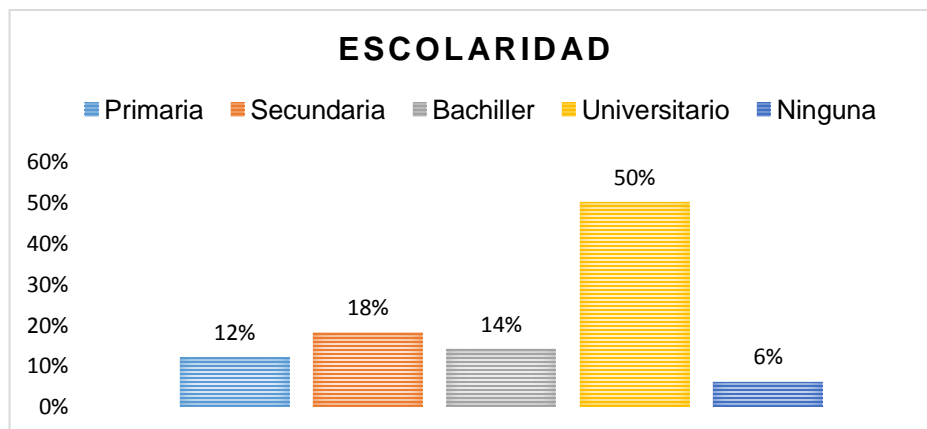
Gráfica 5. Religión de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 5, se muestra la religión a la que pertenecen los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron asistencia en el IDEFA, siendo el 38 por ciento católicos, el 2 por ciento adventistas, el 20 por ciento evangélicos, el 6 por ciento mormones, el 2 por ciento deístas, el 4 por ciento protestantes, el 2 por ciento Testigos de Jehová y el 26 por ciento aseguran que no pertenecen a ninguna religión.

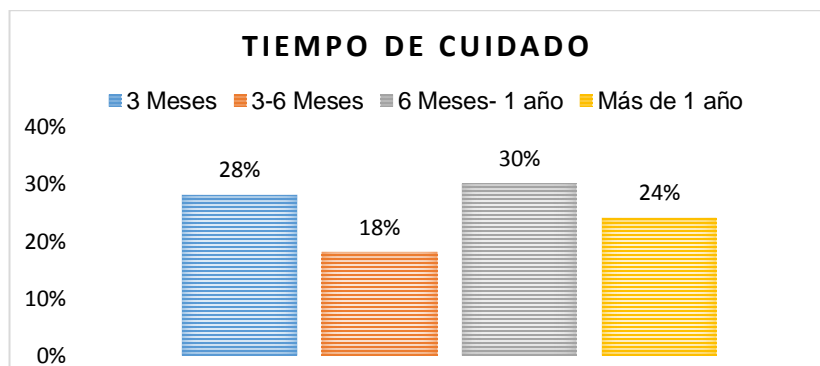
Gráfica 6. Escolaridad de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 6 se muestra el nivel de escolaridad de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, el 12 por ciento cursaron la primaria, el 18 por ciento la secundaria, el 14 por ciento son bachilleres, el 50 por ciento son universitarios y el 6 por ciento no cursaron ningún nivel.

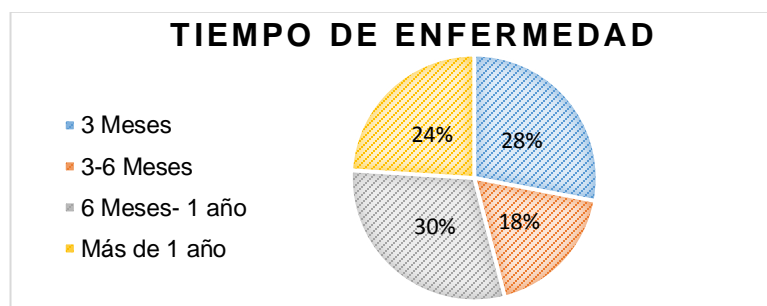
Gráfica 7. Duración del cuidado familiar de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

La grafica 7 representa la duración que lleva la familia cuidando del paciente con TDM, el 28 por ciento aseguran que llevan 3 meses, el 18 por ciento de 3 a 6 meses, el 30 por ciento de 6 meses a 1 año y el 24 por ciento más de un año.

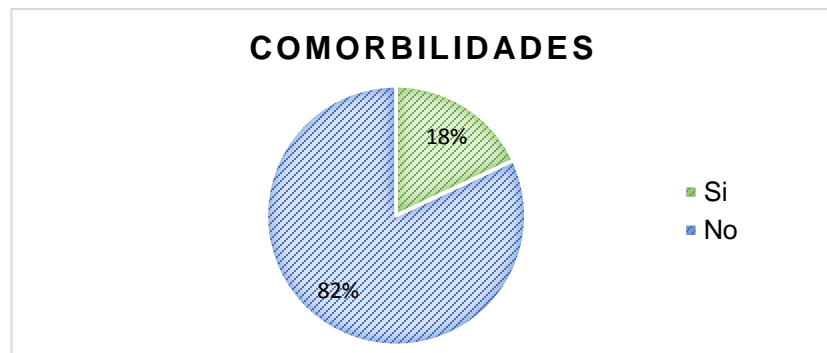
Gráfica 8. Tiempo de enfermedad de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 8, se muestra el tiempo que tienen los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) desde el momento de su diagnóstico, el 28 por ciento llevan 3 meses diagnosticados, el 18 por ciento de 3 a 6 meses, el 30 por ciento de 6 meses a 1 año y el 24 por ciento más de un año.

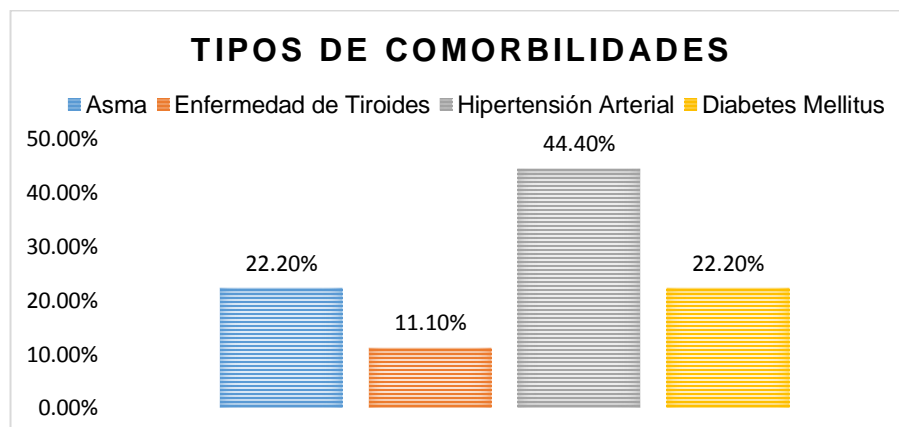
Gráfica 9. Presencia de comorbilidades en los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 9 se representa la presencia de comorbilidades en los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, el 82 por ciento no presentan ninguna comorbilidad mientras que el 18 por ciento sí.

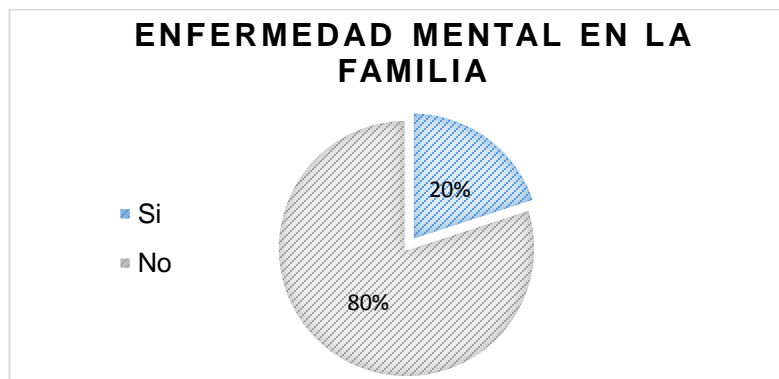
Gráfica 10. Tipos de comorbilidades en los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 10, se muestra los tipos de comorbilidades que presentan los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, según los datos obtenidos en la encuesta realizada, el 22.2 por ciento de los pacientes son asmáticos, el 11.1 por ciento presentan enfermedades de la tiroides, el 44.4 por ciento sufren de hipertensión arterial y el 22.2 por ciento son diabéticos.

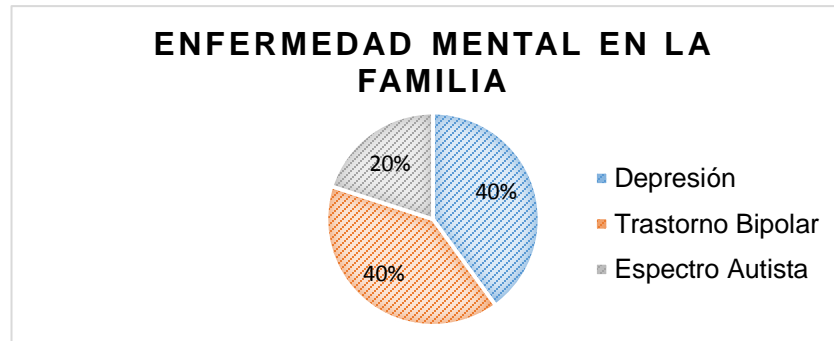
Gráfica 11. Presencia de enfermedad mental en la familia de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 11, se muestra la presencia de enfermedad mental en la familia de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que asistieron al IDEFA, el 20 por ciento asegura que existe enfermedad mental en la familia mientras que el 80 por ciento lo niega o lo desconoce.

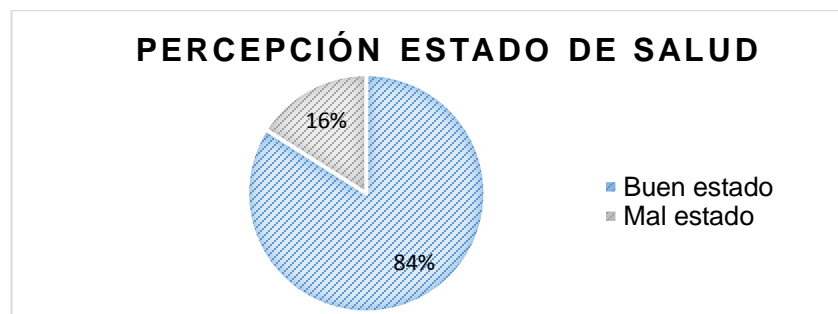
Gráfica 12. Tipo de enfermedad mental en la familia de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

La gráfica 12 muestra el tipo de enfermedad mental que existe en la familia de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron asistencia en el IDEFA, en el 40 por ciento de las familias existen otros casos de depresión, en el 40 por ciento trastorno bipolar y el 20 por ciento trastornos del espectro autista.

Gráfica 13. Percepción del estado de salud en los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 13, se muestra la percepción del estado de salud de los familiares de los pacientes con TDM que asistieron al IDEFA, según los

resultados obtenidos el 84 por ciento aseguran tener un buen estado de salud mientras que el 16 por ciento admite que sienten estar en un mal estado de salud desde el momento que asumieron el manejo de su familiar diagnosticado con TDM.

Tabla 1. Presencia de malestar físico y/o psicológico en el familiar en el último mes de cuidado del paciente con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

PRESENCIA DE MALESTAR FÍSICO Y/O PSICOLÓGICO EN EL ÚLTIMO MES DE CUIDADO

Respuesta	Encuestados	Porcentajes
Si	24	48%
No	26	52%
Total	50	100%

Fuente: Instrumentación de datos

En la tabla 1 se puede observar que 24 personas equivalente al 48 por ciento de los familiares encuestados alegaron presentar malestar físico y/o psicológico en el último mes de cuidado del paciente con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, mientras que el otro 52 por ciento lo negó.

Tabla 2. Alteraciones en los hábitos alimenticios en familiares luego del diagnóstico de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

ALTERACIONES EN LOS HABITOS ALIMENTICIOS

Respuesta	Encuestados	Porcentajes
Si	18	36%
No	32	64%
Total	50	100%

Fuente: Instrumentación de datos

En la tabla 2 podemos observar que el 64 por ciento de las personas niegan haber sufrido cambios en su alimentación desde el momento del diagnóstico de su familiar, mientras el 36 por ciento aseguran haber experimentado cambios.

Tabla 3. Cambios en el peso de familiares de pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

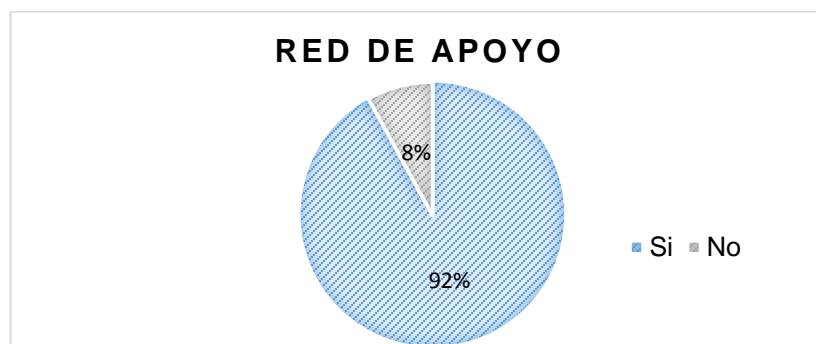
CAMBIOS EN EL PESO

Respuesta	Encuestados	Porcentajes
Pérdida de Peso	12	66.6%
Ganancia de Peso	6	33.3%
Total	18	100%

Fuente: Instrumentación de datos

En la tabla 3, el 66.6 por ciento presentó pérdida de peso y el 33.3 por ciento ganancia de peso.

Gráfica 14. Existencia de red de apoyo a los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que recibieron asistencia en el IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

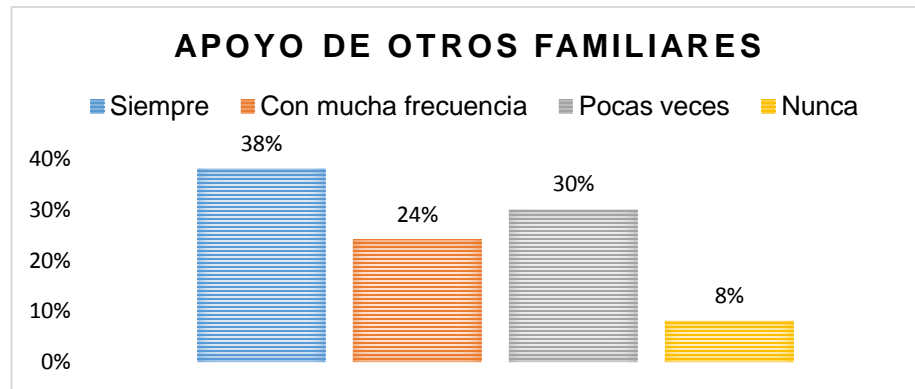


Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 14 se muestra la existencia de una red de apoyo a los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

que recibieron asistencia en el IDEFA, el 92 por ciento afirmó que si contaba con una red de apoyo mientras que el 8 por ciento negó contar con algún tipo de apoyo.

Gráfica 15. Apoyo de otros familiares a la familia en el momento de cuidar a los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que recibieron asistencia en el IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 15 se muestra la frecuencia con la que la familia recibe apoyo de otros familiares en el momento de cuidar el paciente con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibió asistencia en el IDEFA, el 38 por ciento asegura que siempre cuenta con el apoyo de su familia, el 24 por ciento con mucha frecuencia, el 30 por ciento pocas veces y el 8 por ciento afirma que nunca recibe apoyo de otros familiares.

Tabla 4. Decisiones sobre cuidado y manejo en familia de pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

DECISIONES SOBRE CUIDADO Y MANEJO DEL PACIENTE

Respuesta	Encuestados	Porcentajes
Siempre	18	36%
Con mucha frecuencia	13	26%
Pocas veces	14	28%
Nunca	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Instrumentación de datos

En la tabla 4 se expone lo concerniente al cuidado y manejo del paciente. Se decide en familia siempre en el 36 por ciento de los casos, con mucha frecuencia 26 por ciento, pocas veces 28 por ciento y nunca en el 10 por ciento de los casos.

Tabla 5. Vida familiar entorno a la enfermedad luego del diagnóstico de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

VIDA FAMILIAR ENTORNO A LA ENFERMEDAD

Respuesta	Encuestados	Porcentajes
Si	20	40%
No	30	60%
Total	50	100%

Fuente: Instrumentación de datos

En la tabla 5, podemos observar que en el 40 por ciento de los casos la vida familiar gira entorno a la enfermedad de su familiar con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), mientras en el 60 por ciento no.

Tabla 6. Unión familiar luego del diagnóstico de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

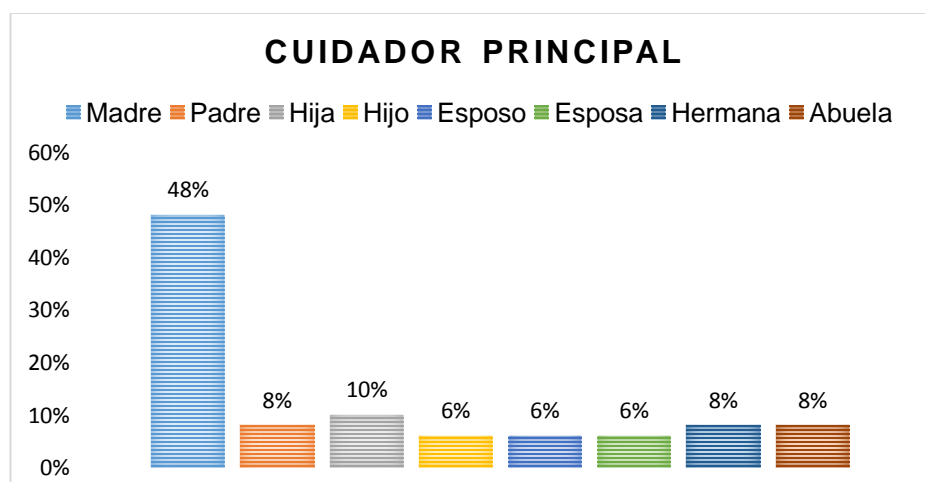
UNIÓN FAMILIAR

Respuesta	Encuestados	Porcentajes
Si	34	68%
No	16	32%
Total	50	100%

Fuente: Instrumentación de datos

En la tabla 6, el 32 por ciento de las familias niegan la unidad familiar mientras que el 68 por ciento asegura que debido a lo que han compartido con relación a la enfermedad su familia se ha vuelto más unida.

Gráfica 16. Cuidador principal de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

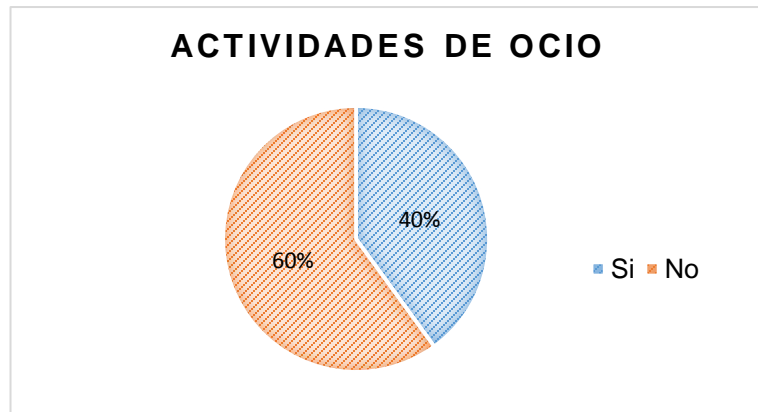


Fuente: Instrumentación de datos

La grafica 16 representa el cuidador principal del paciente con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron asistencia en el IDEFA. Siendo la madre quien asume en la mayoría de los casos el cuidado en un 48 por ciento, el padre

con un 8 por ciento, la hija un 10 por ciento, el hijo un 6 por ciento, la pareja ya sea el esposo o la esposa un 6 por ciento respectivamente, un 8 por ciento la hermana y la abuela un 8 por ciento.

Gráfica 17. Realización de actividades de ocio en la familia de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que recibieron asistencia en el IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

En la gráfica 17 se muestra si se siguen realizando las actividades de ocio en la familia de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron asistencia en el IDEFA. El 40 por ciento asegura que se siguen realizando igual mientras que el 60 por ciento asegura que luego del diagnóstico y manejo de su familiar no sienten la misma energía para realizarlas.

Tabla 7. Actividades sociales y recreativas de la familia luego del diagnóstico de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

ACTIVIDADES SOCIALES Y RECREATIVAS

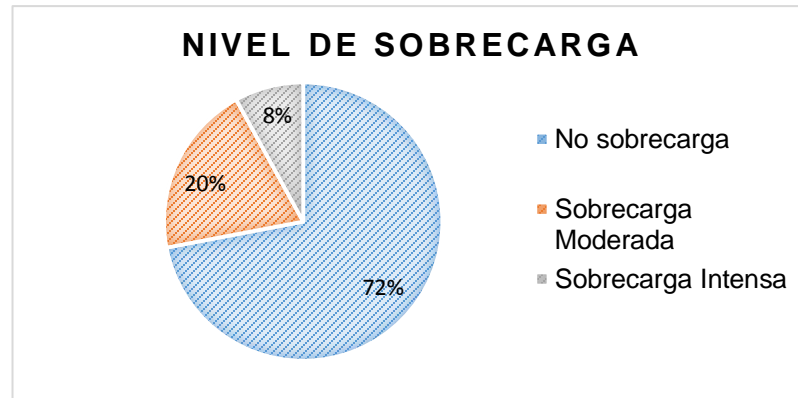
Respuesta	Si	No
Cambios en proyectos y planes familiares	29 (58%)	21(42%)
Cambios en cuidados y atención a los demás	24 (48%)	26 (52%)
Mantenimiento de hábitos y costumbres familiares	34 (68%)	16 (32%)
Problemas en relación de pareja	15 (30%)	35 (70%)

Fuente: Instrumentación de datos

En la tabla 7 se describe todo lo relacionado a las actividades sociales y recreativas de la familia luego del diagnóstico de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Se observó que el 58 por ciento de las familias presentaron cambios en sus proyectos y planes, mientras que el 42 por ciento asegura que éstos se mantienen igual. En el 52 por ciento de las familias se presentaron cambios en la atención y cuidados a los demás, y en el 48 por ciento de los casos no hubo ningún cambio. A pesar de que en el 32 por ciento de los casos no se sigan los hábitos y costumbres familiares, en el 68 por ciento de los casos se han mantenido luego del diagnóstico del TDM.

El 30 por ciento ha presentado problemas en su relación de pareja, mientras que el 70 por ciento niega que esta haya sido afectada.

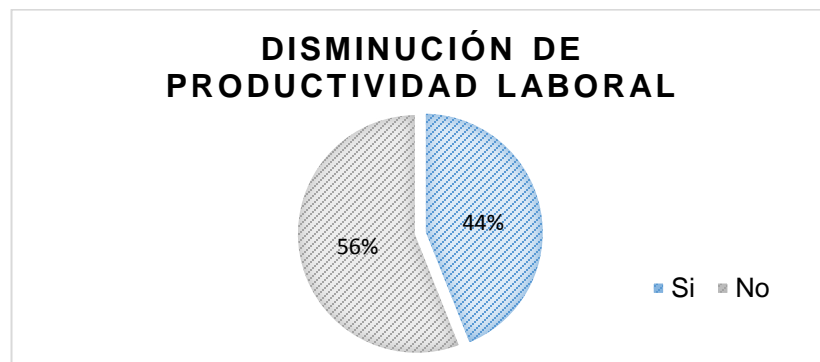
Gráfica 18. Nivel de sobrecarga en los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que recibieron asistencia en el IDEFA según la Escala de carga del cuidador de Zarit, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

La gráfica 18 muestra los niveles de sobrecarga de los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron asistencia en el IDEFA. Según los resultados obtenidos al aplicar la Escala de carga del cuidador de Zarit, el 72 por ciento no presenta sobrecarga, el 20 por ciento tienen sobrecarga moderada y el 8 por ciento sobrecarga intensa.

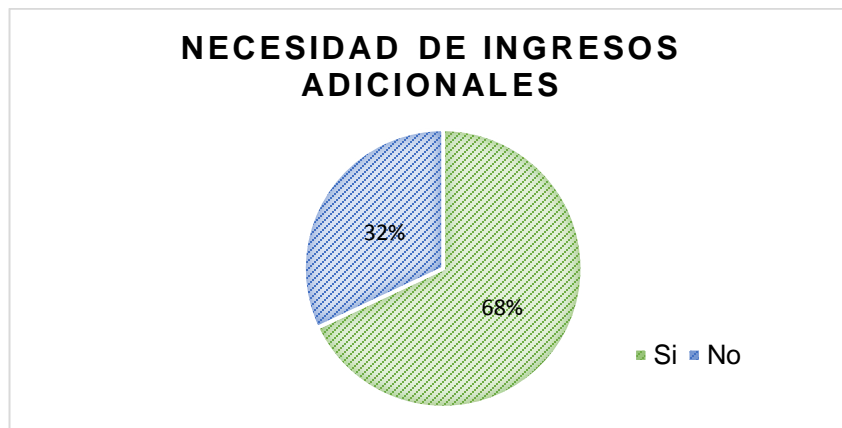
Gráfica 19. Disminución de la productividad laboral en los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que recibieron asistencia en el IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

La gráfica 19 muestra la disminución de productividad laboral de los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron asistencia en el IDEFA, ya sea por abandono del trabajo, disminución de las horas de trabajo, o porque no puede realizar horas extra. Según la gráfica el 44 por ciento de las personas presenta disminución de la productividad laboral, mientras que el 56 por ciento de los familiares niega presentar algún cambio luego del diagnóstico y manejo de su familiar.

Gráfica 20. Necesidad de ingresos adicionales para cubrir gastos del manejo de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron atención en el IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

La gráfica 20 representa la necesidad de ingresos adicionales para cubrir gastos del manejo de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron atención en el IDEFA, el 68 por ciento asegura que si ha aumentado la necesidad de ingresos adicionales mientras que el 32 por ciento niega esta necesidad.

Tabla 8. Disponibilidad de espacio en el hogar luego del diagnóstico de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que asistieron al IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.

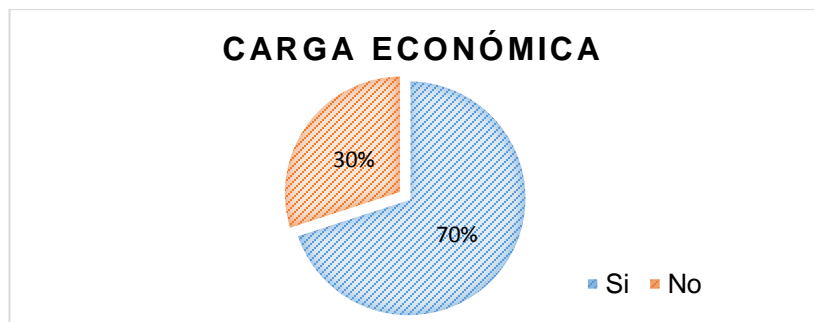
DISPONIBILIDAD DE ESPACIO EN EL HOGAR

Respuesta	Encuestados	Porcentajes
Si	45	90%
No	5	10%
Total	50	100%

Fuente: Instrumentación de datos

La tabla 8 muestra que en el 90 por ciento de los casos, al momento del diagnóstico de su familiar se contaba con disponibilidad de espacio en el hogar, mientras que en el 10 por ciento no.

Gráfica 21. Presencia de carga económica en los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y que recibieron asistencia en el IDEFA, Santo Domingo, República Dominicana. Período Septiembre 2019 – Febrero 2020.



Fuente: Instrumentación de datos

La gráfica 21 representa la presencia de carga económica en los familiares de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que recibieron asistencia en el IDEFA. Según los datos obtenidos en la encuesta, en el 70 por ciento de los casos han aumentado de manera significativa los gastos económicos desde el momento que su familiar fue diagnosticado con TDM, pero el 30 por ciento niega que este haya sido su caso.

VI. DISCUSION

La presente investigación permitió conocer el impacto que se produce en la familia cuando uno de sus miembros es diagnosticado con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), para un total de 50 familias que acudieron al Instituto de la Familia, Inc. (IDEFA), en el período de Septiembre 2019-Febrero 2020. Una vez obtenidos los resultados, procedimos a realizar comparaciones con las distintas investigaciones sobre el impacto de la depresión en la familia.

En relación a las características sociodemográficas se determinó que en referencia a la edad, el promedio es de 30.8 años (61.6 por ciento), de los cuales el 24 por ciento tienen edades comprendidas entre 15 a 19 años, estos datos los podemos comparar con un estudio realizado en Chile por Salvo L. et al (2017), donde el promedio de edad fue de 43.9 años (15.3 por ciento) y sólo el 13.4 por ciento tenía edades entre 15 y 19 años. De igual manera, se observa que el TDM fue más frecuente en edades entre 12 a 18 años (32 por ciento), mientras que el 16 por ciento entre los 26 a 35 años de edad, a diferencia del estudio realizado en el país por Fabián de Jesús, A. et al (2017), donde la depresión fue más frecuente entre los 18 a 28 años de edad y solo el 9.2 por ciento presentó depresión entre los 29 a 39 años de edad.

En cuanto al sexo, observamos que la mayor prevalencia fue en mujeres en un 68 por ciento mientras que en los hombres fue de un 32 por ciento, similar a la investigación realizada por Salvo, L. et al (2017), en Chile, donde la mayoría pertenecieron al sexo femenino en el 78.6 por ciento en relación al masculino en un 21.4 por ciento. Asimismo, en el estudio realizado en la ciudad de Arequipa, en Perú, por Rivera, R. et al (2018) el sexo predominante fue el femenino en el 29.8 por ciento a diferencia del masculino en un 17.6 por ciento. En el estudio realizado en el país por Fabián de Jesús, A. et al (2017) también se verificó que la población femenina suele ser más susceptible a presentar TDM en un 23.1 por ciento y en el masculino solo el 1.5 por ciento.

Respecto al estado civil, constatamos que la mayoría manifestó estar soltero en un 70 por ciento, mientras que un 16 por ciento se encuentran casados, un 4 por ciento en unión libre y solamente el 6 por ciento se encuentran divorciados y el 4 por ciento viudos, a diferencia del estudio realizado en Chile por Salvo, L. et al (2017), donde se observó que el 32.1 por ciento estaban solteros, el 34.8 por ciento casados, el 19.6 por ciento divorciados y el 7.2 por ciento viudos. De igual forma, podemos comparar estos datos con la investigación realizada en el país por Fabián de Jesús, A. et al (2017), donde el estado civil que predominó fue el de unión libre en un 52 por ciento, solteros en un 37 por ciento, casados en un 5 por ciento y divorciados en un 2 por ciento.

También observamos que, en referencia a la religión, la más predominante fue la católica en el 38 por ciento, seguida de la evangélica en el 20 por ciento, mientras que el 26 por ciento aseguró no pertenecer a ninguna religión.

El nivel de escolaridad de mayor predominio en los pacientes con TDM fue el universitario en el 50 por ciento, seguido de la secundaria en el 18 por ciento, a diferencia de la investigación realizada por Salvo, L. et al (2017), en Chile, donde se evidenció que la mayoría de las personas presentaban estudios secundarios en un 37.5 por ciento, seguido de los básicos en un 34.8 por ciento y solo el 16.1 por ciento presentaba estudios universitarios. Estos datos pueden ser comparados con el estudio realizado en el país por Fabián de Jesús, A. et al (2018), que de igual manera mostró que el nivel de escolaridad más frecuente fue la secundaria en un 13.8 por ciento, seguido de los universitarios en un 4.1 por ciento.

En cuanto al tiempo que lleva la familia cuidando de su familiar enfermo, el 30 por ciento lleva de seis meses a un año haciéndolo y el 28 por ciento aseguró que solo llevan tres meses. Por otro lado, se mostró que, en relación al tiempo de enfermedad de los pacientes, la mayor prevalencia fue de seis meses a un año.

Las comorbilidades médicas más frecuentes en los pacientes diagnosticados con TDM fueron la Hipertensión Arterial en el 44.4 por ciento, seguida de la Diabetes Mellitus en el 22.2 por ciento, a diferencia del estudio realizado en Chile, por Salvo, L. et al (2017), donde las comorbilidades más prevalentes fueron la Hipertensión Arterial en un 25 por ciento y la dislipidemia en un 20.5 por ciento, siendo la Diabetes la menos frecuente en el 11.6 por ciento.

Con respecto a la presencia de enfermedad mental en la familia evidenciamos que las más predominantes fueron la depresión en el 40 por ciento y el trastorno bipolar en el 40 por ciento. A la vez, pudimos apreciar que el 84 por ciento de los familiares se encontraban en un buen estado de salud y solo el 16 por ciento en mal estado de salud.

Pudimos observar que, la mayoría de las familias contaban con una red de apoyo por parte de los demás miembros de la familia en un 92 por ciento, de los cuales el 38 por ciento cuenta con apoyo familiar siempre y el 24 por ciento con mucha frecuencia; mientras que una minoría negó contar con algún tipo de apoyo en un 8 por ciento. En cuanto a la realización de actividades de ocio en la familia, observamos que el 60 por ciento no siente la misma energía para llevar a cabo dichas actividades luego de que su familiar fue diagnosticado con TDM.

Dentro de la familia, pudimos evidenciar que en la mayoría de los casos quien asume el rol de cuidador principal del paciente diagnosticado con TDM es la madre en un 48 por ciento, seguida de las hijas en un 10 por ciento. Respecto al nivel de sobrecarga percibido por los familiares, según los resultados obtenidos al aplicar la Escala de carga del cuidador de Zarit, solo el 20 por ciento mostraron sobrecarga moderada mientras que el 72 por ciento no la presentó, similar al estudio realizado en España, por Blanco, V. et al (2018), donde se observó que el 55.4 por ciento presentó puntuaciones mayores de 24 puntos, lo que equivale a no presentar sobrecarga.

También, pudimos apreciar que en la familia en relación a la carga económica luego de su familiar haber sido diagnosticado con TDM, los gastos económicos han aumentado de manera significativa en el 70 por ciento mientras que en el 30 por ciento esto no ha sucedido.

VII. CONCLUSION

Los hallazgos de este estudio sobre el Impacto en el Sistema Familiar del Manejo del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) de uno de sus miembros en el Instituto de la Familia Inc., (IDEFA) demuestran que esta es una problemática social que genera un desequilibrio en el funcionamiento y dinámica familiar, obligando a sus integrantes a hacer cambios en sus vidas y rutinas, debido a que la responsabilidad del cuidado recae sobre la misma.

La depresión es una enfermedad afecta a cualquier edad y sexo, según los datos recolectados en esta investigación, las edades predominantes con este trastorno estaban comprendidas entre los 12 y 18 años con un 32 por ciento, seguido de las edades entre 19 y 25 años en un 26 por ciento. Respecto al sexo, aunque predominaba el sexo femenino en un 68 por ciento, el sexo masculino representaba un 32 por ciento.

Los pacientes con TDM pertenecieron en su mayoría a la religión católica en un 38 por ciento, mientras que el 26 por ciento de los pacientes no pertenecían a ninguna religión. La mayoría de los pacientes, se encontraban solteros en un 70 por ciento, tomando en cuenta que el rango de edad predominante era de 12 a 18 años, seguido de casados en un 16 por ciento.

Los datos sociodemográficos recolectados durante la investigación, comprueban que este trastorno del estado de ánimo es una enfermedad que no tiene cara, ya que puede afectar a cualquier persona sin importar su sexo, edad, religión o estado civil. Es una condición de salud que requiere atención médica y psicológica.

El compromiso del cuidado de una persona deprimida puede llevar al descuido del estado de salud de cada uno de sus miembros ya sea en el aspecto físico como psicológico, debido a que en muchas ocasiones dejan de lado sus necesidades personales con la intención de mejorar la calidad de vida del paciente.

En el 30 por ciento de las familias, el tiempo de cuidado fue de 6 meses a 1 año desde el momento del diagnóstico, mientras que, el 24 por ciento lleva más de un año. Tomando en cuenta que el 18 por ciento presentan comorbilidades lo que provoca que el cuidado sea más demandante.

Algunas familias deben lidiar con más de un miembro que sufre de alguna enfermedad mental, el 20 por ciento de las familias aseguraron que otro integrante de la misma sufre de algún tipo de enfermedad mental, siendo la depresión y el trastorno bipolar las más predominantes en un 40 por ciento respectivamente.

Para cuidar de los demás de manera efectiva, las personas deben mantener un buen estado de salud. El cuidar de sí mismo es el conjunto de actividades que habitualmente una persona realiza para satisfacer sus propias necesidades. Pero al tener un familiar enfermo en el hogar, se suele dejar de lado la salud propia. Según los resultados obtenidos el 16 por ciento de las familias percibían tener un mal estado de salud, y el 48 por ciento, presentaron malestar físico y/o psicológico en el último mes.

Las redes de apoyo y el afrontamiento emocional influyen de manera positiva, la vida de las personas con depresión y a sus familiares más cercanos, amortiguando el impacto del diagnóstico y las repercusiones que trae consigo el manejo del mismo. Los familiares necesitan de respaldo físico y psicológico para aprender a lidiar con las emociones fuertes y sobrellevar la situación con mejor actitud.

Según los resultados de las encuestas, el 92 por ciento de las familias cuentan con redes de apoyo, el 36 por ciento siempre decide en familia sobre el cuidado y manejo del familiar, al igual que el 38 por ciento siempre cuenta con apoyo de los demás familiares. Sin embargo, el 10 por ciento nunca toma

decisiones en conjunto y el 8 por ciento no recibe apoyo de los demás miembros de su familia.

Ante un diagnóstico de salud que afecta a un integrante de la familia, habitualmente, surge de manera espontánea algún familiar sobre el cual recae la atención y cuidado en mayor medida del familiar enfermo, al analizar los resultados, se demostró que en el 48 por ciento de los casos la cuidadora principal es la madre.

La vida familiar, los hábitos y costumbres cambian, debido a las nuevas obligaciones que los hacen reorganizar sus prioridades. El cuidado del familiar deprimido y el propio cuidado de la familia depende mucho de la estabilidad familiar y de los mecanismos de afrontamiento que estas asumen. En el 40 por ciento de los casos, la vida de las familias gira entorno a la enfermedad del paciente con TDM, pero a pesar de esto el 68 por ciento de las familias se ha vuelto más unida debido a lo que han compartido con relación a la enfermedad.

El 60 por ciento de las familias no sienten la misma energía para realizar las actividades sociales y de ocio luego del diagnóstico y manejo de su familiar con TDM. En el 58 por ciento se presentaron cambios en los proyectos y planes familiares y en el 32 por ciento no se mantuvieron los hábitos y costumbres familiares. El 30 por ciento, presento problemas en su relación de pareja debido al cuidado de su familiar enfermo.

Según los datos obtenidos al aplicar la escala de carga del cuidador de Zarit el 20 por ciento presentaron sobrecarga moderada, mientras que el 8 por ciento presentaron sobrecarga intensa, tras el cuidado de su familiar.

Los medicamentos, las consultas e internamientos, afectan a la familia en el ámbito económico debido a sus altos costos, por lo que el 68 por ciento mostró la necesidad de ingresos adicionales y en el 70 por ciento de los casos ha

aumentado de manera significativa los gastos económicos desde el momento en que su familiar fue diagnosticado con el TDM.

Con todo esto, podemos resaltar que el diagnóstico y manejo del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) impacta al sistema familiar tanto en la salud física y psicológica, como en el ámbito económico y social.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Realización de talleres psicoeducativos destinados a los miembros de la familia con la finalidad de concientizar sobre el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), su tratamiento y sus repercusiones en el sistema familiar.
2. Crear programas de capacitación para los profesionales de la salud destinados a brindar herramientas para el fortalecimiento de la dinámica familiar de los pacientes con TDM.
3. Implementar nuevas estrategias que fomenten el cuidado eficaz de las personas con TDM, elaborando un plan terapéutico entre el paciente y la familia de pasos realistas con sencillez y claridad.
4. Revisión y creación de estrategias de afrontamiento familiar ante situaciones problemáticas, dotando a los integrantes de la familia de habilidades para el manejo eficaz de las mismas.
5. Crear y facilitar grupos de apoyo. Buscando soporte emocional para cada uno de los miembros de la familia, cambiar actitudes negativas hacia el paciente y mejorar las relaciones sociales de la familia al romper su aislamiento.
6. Capacitar a la familia en habilidades de comunicación con la finalidad de disminuir la tensión en el medio familiar y mejorar la adaptación social de la misma.
7. Estructurar procesos asistenciales que ayuden a la familia a superar la sensación de descontrol e impredecibilidad que genera la patología del paciente.
8. Investigar a nivel nacional sobre los trastornos mentales y su impacto en el sistema familiar para crear políticas destinadas al mejoramiento de la Salud Mental en el país.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales [Online]. 2017 [citado 18 de abril de 2019].
Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
2. Ruiz Ríos AE, Nava Galán MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Revista de Enfermería Neurológica (2012) Vol. 11- No°3
3. Casanova-Rodas L, Rascón-Gasca ML, Alcántara-Chabelas H, Soriano-Rodríguez A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Mental (Octubre de 2014). Vol. 37- No°5.
Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011
4. Prevention of mental disorder. Who.int. [Online]. 2019 [Citado el 25 de Julio del 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
5. Achury DM, Cataño Riaño HM, Gómez Rubiano LA, Guevara Rodríguez NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Revista Javeriana (2011). Vol. 13- No°1
6. Aranda Paniora, F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Revistas UNMSM (2017). Vol. 78- No° 3
7. Corbalán Garrillo M.G, Hernández Vian O, Carré Catases M, Paul Galcerán G, Marzo Duque C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria.

- [Internet]. Barcelona; 2013 [Citado el 25 de Julio del 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300005
8. Invertir en Salud Mental. [Internet]. Who.int. 2019 [Citado el 10 de Agosto del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
 9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del Suicidio. Un instrumento en el trabajo. [Internet]. Who.int. 2019 [Citado el 11 Agosto del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf
 10. Alcalá Pompeo D., De Carvalho A., Morgado Olive A., Girade Souza M., Frari Galera S. Estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales. Revista Latino-Americana de Enfermagem (2016). Vol. 24. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02799.pdf
 11. Salvo L., Saldivia S., Parra C., Rodríguez R., Cifuentes M., Acevedo P., Díaz M., Ormazabal M., Guerra I., Navarrete N., Bravo V. y Castro A. Características clínicas del Trastorno Depresivo Mayor en tratamiento en el segundo nivel de atención. Rev. Med. Chile (2017). Vol. 145- No°3. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Blanco, V., Guisande, M.A., Sánchez, M.T., Otero, P., López, L., Lino Vásquez, F. Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. Revista Española de Geriatria y Gerontología (2018) Vol. 54- No°1
 13. Rivera R., Arias-Gallegos W y Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat (2018). Vol. 56- No° 2; 117-126. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v56n2/0717-9227-rchnp-56-02-0117.pdf>
 14. Fabián de Jesús, A., Peña De La Rosa, L. and Fernández de Jesús, R. (2017). Depresión y Funcionabilidad familiar que presentan los pacientes adultos que asisten a la Unidad de Atención Primaria del Hospital José

Francisco Peña Gómez. Licenciatura de Psicología. Universidad Autónoma de Santo Domingo. [Consultada el 9 de Agosto del 2019]

15. Blanco Julio, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1(2), p.46-51.
16. La enfermedad crónica y la familia. [Internet]. Centrelondres94.com. 2019 [Citado el 12 de Agosto del 2019]. Disponible en: http://www.centrelondres94.com/files/La_enfermedad_cronica_y_la_familia.pdf
17. López Jiménez, M., Barrera, M., Cortes, J., Guines, M. and Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. [online] SciELO. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200004 [Consultado el 27 de Julio del 2019].
18. Vargas Murga, H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Rev. Med. Hered. (2014). Vol. 25- No° 2; 57-59. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2e1.pdf>
19. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. [Internet]. Apps.who.int. 2019 [Citado el 12 Agosto del 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1
20. IESM-OMS. Informe sobre el sistema de salud mental en República Dominicana. [Internet]. Who.int. 2019 [Citado el 12 de Agosto del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/dominican_republic_who_aims_spanish.pdf?ua=1
21. Medellín Fontes M., Rivera Heredia M., López Peñaloza J., Kanán Cedeño ME., Rodríguez Orozco A. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Revista Salud Mental. Vol. 35- No°2. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008
22. Luciano D, Nadal E, Brito S, Negrete M, Contreras I (2019). Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana.

- Society for Family Health (SFH/PSI), Ministerio de Salud Pública y Servicio Nacional de Salud. Santo Domingo, República Dominicana. Disponible en: https://observatoriojusticiaygenero.gob.do/documentos/PDF/publicaciones/Lib_An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20en%20SM%20en%20RD%2010092019_compressed.pdf
23. Organización Mundial de la Salud. (2018). *Depresión*. [online] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Consultado el 27 de Julio del 2019].
24. Global Burden of Disease Study Results. (2016). *GBD Results Tool | GHDx*. [online] Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [Consultado el 27 Julio 2019].
25. Sierra, A. and F, L. (2011). Familia y Depresión. [online] Consenso Español sobre la Depresión. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262832313_Familias_y_depresion_CONSENSO_ESPANOL_SOBRE_LA_DEPRESION [consultado el 27 de Julio 2019]
26. Familiar), I. and Familiar), I. (2006). *Evolución de la Familia en Europa 2006 | Bioética web*. [Online] Bioeticaweb.com. Disponible en: <https://www.bioetica web.com/evoluciasn-de-la-familia-en-europa-2006/> [Consultado el 20 Mayo 2019].
27. Gómez, E., Villa Guardiola, V. (2014). *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. [Online] Scielo.org.co. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf> [Consultado el 20 de Mayo del 2019].
28. Marsh, D., Pickett-Schenk, S. and Cook, J. (n.d.). *Las familias y enfermedades mentales*. [Online] Plenainclusion.org. Disponible en: [https://www.plena inclusion.org/sites/default/files/28._lasfamiliasylasenfermedadesmentales.p df](https://www.plena inclusion.org/sites/default/files/28._lasfamiliasylasenfermedadesmentales.pdf) [Consultado el 20 de Mayo del 2019].
29. Jiménez Ruiz I, Moya Nicolás M. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. [Online] 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412018000100420&script=sci_abs tract&tlng=es [Consultado el 21 de Mayo del 2019]

30. Enciclopedia Británica en Español. La familia: concepto, tipos y evolución. [Online]. Disponible en:
http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf
31. Familia C. Características de la familia [Internet]. Características De Todo. 2019 [Citado el 20 Mayo 2019].
Disponible en: <https://caracteristicasde.net/caracteristicas-de-la-familia/>
32. Concepto de la familia moderna [Internet]. Innatia.com. 2019 [Citado el 20 de Mayo 2019]. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-concepto-familia-moderna.html>
33. Benítez Pérez, MA. La familia: desde lo tradicional a lo discutible. [Online] 2017. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v13n26/rnp050217.pdf>
34. LA FAMILIA: CONCEPTO, TIPOS Y EVOLUCIÓN - PDF [Internet]. Docplayer.es. 2019 [Citado el 27 de Julio del 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/14388833-La-familia-concepto-tipos-y-evolucion.html>
35. Tipos de Familia. [Internet]. Tesis.uson.mx. 2019 [Citado el 27 Julio 2019].
Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21897/capitulo2.pdf>
36. Los 8 tipos de familias (y sus características) [Internet]. Psicologiaymente.com. 2019 [Citado el 28 de Julio 2019]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/social/tipos-de-familias>
37. La acción de inconstitucionalidad 2/2010 hecha a valer en contra de la reforma al código civil para el distrito federal respecto a los artículos 146 y 391. [Internet]. 2019 [Citado el 28 de Julio 2019].
Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21897/capitulo4.pdf>
38. Definición de Familia Reconstruida [Internet]. Definición ABC. 2019 [Citado el 28 de Julio del 2019]. Disponible en:
<https://www.definicionabc.com/derecho/familia-reconstruida.php>
39. Fernández Ortega, M.A. El impacto de la enfermedad en la familia. Revista de la Facultad de Medicina (2004) Vol. 47- No. 6
40. Definición de ciclo de vida - Diccionario del español jurídico - RAE [Online]. Diccionario del español jurídico - Real Academia Española. 2019

[Consultado el 21 de Mayo del 2019]. Disponible en:
<https://dej.rae.es/lema/ciclo-de-vida>

41. Moratto Vásquez NS, Zapata Posada JJ, Messenger T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el período comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología* (2015). Vol. 8- No° 2; pp:103-121
42. Cid Rodríguez, MDC., Montes de Oca, R., Hernández Díaz, O. La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica* (2014). Vol. 36- No°4
43. Canga, A., Esandi, N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (2016). Vol. 39- No° 2
44. Oliva Gómez E, Villa Guardiola V.J. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Revista Justicia Juris* (2014). Vol.10- No° 1; pp: 11-20
45. Mejía, L.D., López, L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. [Online]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015
[Consultado el 21 de Mayo del 2019]
46. Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad [Internet]. *Scielo.sld.cu*. 2019 [Citado 29 Julio 2019]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009
47. Nivel socioeconómico, factor de salud mental [Internet]. *Cuartopoder.mx*. 2019 [Citado 29 Julio 2019]. Disponible en:
<https://www.cuartopoder.mx/chiapas/nivelsocioeconomicofactordesaludmental/137798>
48. Pueyo Garrigues S, Pueyo Garrigues M, Pardavila Belio M.I. Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico. Caso clínico. *Revista Gerokomos* (2015). Vol. 26- No° 3
49. Gálvez Mora J, Ras Vidal E, Hospital Guardiola I, Vila Córcoles A. Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Revista de Atención Primaria*. Vol. 31- No° 5.

50. Villegas S. Características de los cuidadores informales a nivel nacional e internacional. [Internet]. Dialnet.unirioja.es. 2019 [Citado 29 Julio 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4781932.pdf>
51. Team W, Care W, Elderly W. Lessons for long-term care policy [Online]. Apps.who.int. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67275> [Consultado el 22 de Mayo del 2019].
52. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. [Internet]. Dialnet.unirioja.es. 2019 [Citado 29 Julio 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6154357.pdf>
53. Salazar Montes, A.M., Murcia Paredes, L.M., Solano Pérez, J.A. Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997-2014. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (2016) Vol. 16- No.1
54. Yonte Huete, F., Urién Pérez, Z., Martín Gutiérrez, M., Montero Herrero, R. Sobrecarga del Cuidador principal. Revista de enfermería CyL (2010) Vol. 2- N°1.
55. Crespo López, M., López Martínez, J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: Desarrollo del programa «Como mantener su bienestar». [Online]. Imsero.es. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/apoyocuidadores.pdf> [Consultado el 28 de Mayo del 2019].
56. Roig, M., Abengózar, M. and Serra, E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. [Online] 1998. Um.es. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v14/v14_2/08-14-2.pdf [Consultado el 28 de Mayo del 2019].
57. Lara Palomino, G., González Pedraza Avilés, A., Blanco Loyola, L.A. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas (2008) Vol. 13- No. 4

58. Ruiz Ríos, A.E., Nava Galán, M.G. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica* (2012) Vol. 11- No. 3
59. Zavala, M. Problemas que enfrentan los cuidadores familiares. [Online] 2008. Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-1/problemas_que_enfrentan.pdf [Consultado el 30 de Mayo del 2019].
60. Rogero-García, J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Revista Índex de Enfermería* (2010) Vol. 19- No.1
61. Navarro Diez, M. Estudio experimental sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa INFOSA en el malestar psicológico de los cuidadores principales de personas ancianas dependientes. [Online] 2010. Disponible en: https://www.tdx.cat/documents/22/71/53/22715380858477244119206770265556536622/document_1.pdf [Consultado el 30 de Mayo del 2019].
62. Hernández-Cantú, E.I., Reyes-Silva, A.K., Villegas-García, V.E., Pérez-Camacho, J. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un Hospital General de zona en Nuevo León, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* (2017) Vol. 25- No.3
63. Maslach, C., Jackson, S. The measurement of experienced burnout - PsychSource. [Online] 1981. Psychsource.bps.org.uk. Disponible en: <https://psychsource.bps.org.uk/details/journalArticle/3432521/The-measurement-of-experienced-burnout.html> [Consultado el 31 de Mayo del 2019].
64. De Valle-Alonso, M.J., Hernández-López, I.E., Zúñiga-Vargas, M.L., Martínez-Aguilera, P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Enfermería Universitaria* (2015). Vol. 12- No.1
65. Forbes Álvarez, R. El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. [Online] 2011. Cegesti.org. Disponible en: https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf [Consultado 31 de Mayo del 2019].
66. Dimensiones. Síndrome de Burnout. [Online]. 2019. Disponible en: <https://burnoutaldia.wordpress.com/dimensiones/> [Consultado el 31 de Mayo del 2019].

67. Gutiérrez Aceves, G., Celis López, M., Moreno Jiménez, S., Farías Serratos, F., Suárez Campos, J. Síndrome de burnout. [Online] 2006. Medigraphic.com. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
[Consultado el 31 de Mayo del 2019].
68. Da Silva, M.J., Braga Marques, M., Da Silva Bruno, C.T. Evaluación de la presencia del Síndrome de Burnout en cuidadores de ancianos. [Online] 2009. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200002 [Consultado el 1 de Junio del 2019].
69. Apiquian Guitart, A. El síndrome de burnout en las empresas. [Online] 2007 m.es. Disponible en: [https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome %20burnout.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf) [Consultado el 1 de Junio del 2019]
70. Rodríguez, S.F. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). [Online] 2017. Disponible en:
https://www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf [Consultado el 1 de Junio del 2019]
71. OMS. El Estrés según la Organización Mundial de la Salud [Online]. 2019. abcdelestres. Disponible en:
<https://abcdelestres.wordpress.com/2015/05/13/el-estres-segun-la-organizacion-mundial-de-la-salud/> [Consultado el 2 de Junio del 2019]
72. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing. [Online]. 1984. Disponible en:
<https://www.springerpub.com/stress-appraisal-and-coping-9780826141910.html> [Consultado el 2 de Junio del 2019]
73. Martínez Pérez, A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Revista de Comunicación Vivat Academia (2010). No.112
74. Zambra Cruz, R., Ceballos Cardona, P. *Síndrome de carga del cuidador*. [Online] 2007. Scielo.org.co. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36_s1a05.pdf [Consultado el 1 de Junio del 2019].
75. Sadock B, Sadock V, Ruíz P, Kaplan H. Kaplan-Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.

76. Introducción a los trastornos del estado de ánimo - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2019 [Citado 29 Julio 2019]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-do/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo>
77. Lang, UE. Y Borgwardt S. (2013). *Molecular Mechanisms of Depression: Perspectives on New Treatment Strategies*. [Online] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237055972_Molecular_Mechanisms_of_Depression_Perspectives_on_New_Treatment_Strategies [Consultado 4 Junio 2019].
78. Gerber, P., Barret, J., Barret, J., Oxman, T., Manheimer, E. and Smith, R. (1992). *The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in Primary Care Patients*. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02598007> [Consultado el 4 de Junio 2019]
79. Calderón M, Cortés A, Durán E, Martínez T, Ramírez L, Garavito C. Depresión: recorrido histórico y conceptual. [Online]. 2012. Disponible en: http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresion%20Recorrido%20historico%20y%20conceptual.pdf [Consultado el 29 de Julio del 2019].
80. Zarragoitia Alonso, I. Depresión: generalidades y particularidades. [Online]. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf [Consultado el 29 de Julio del 2019].
81. NIMH» Major Depression [Internet]. Nimh.nih.gov. 2019 [Citado el 29 Julio 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>
82. Who.int. (2018). *Depresión*. [Online] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Consultado el 4 Junio 2019].
83. Pérez-Padilla E.A, Cervantes Ramírez, V.M, Hijuelos-García N.A, Pineda-Cortés J.C, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica* (2017). Vol. 28- No° 2; 28:89-115.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>

84. Dsm.psychiatryonline.org. (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. [Online] disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf [Consultado el 4 Junio 2019].
85. Rodríguez Rolón, R.T. Una mirada hacia el entorno de la persona con Depresión Mayor. [Online]. Colibri.udelar.edu.uy. 2019 [Citado el 29 Julio del 2019]. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18998/1/tfg_rina_tamara_rodriguez_rolon.pdf
86. Muñoz González L.A, Price Romero Y.M, Reyes López M, Ramírez M, Costa Stefanelli M. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista Esc. Enferm USP*. Vol. 44- No° 1. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a05v44n1.pdf>
87. Salcedo López R, Liébana Checa J.A, Pareja Pérez J.L, Real Martínez S. Las consecuencias de la discapacidad en familias de la ciudad de Ceuta. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía* (2012). Vol. 23- No° 2; pp:139-153. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3382/338230791010.pdf>

X. ANEXOS

X.1 Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA			
NO.	ACTIVIDAD	INICIO	FINAL
1	Búsqueda del tema ideal para trabajo de grado	Junio 2018	Marzo 2019
2	Elección definitiva del tema para el proyecto	Febrero 2019	Febrero 2019
3	Presentación del tema a nuestros asesores	Febrero 2019	Febrero 2019
4	Solicitud de Aprobación de tema	Febrero 2019	Marzo 2019
5	Elaboración del anteproyecto	Abril 2019	Agosto 2019
6	Recolección de la información	Septiembre 2019	Febrero 2020
7	Procesamiento de Datos	Febrero 2020	Febrero 2020
8	Análisis de los Resultados Obtenidos	Febrero 2020	Febrero 2020
9	Entrega del Borrador Para Revisión Final	Febrero 2020	Febrero 2020
10	Realizar las Ultimas Correcciones	Febrero 2020	Febrero 2020
11	Impresión del Trabajo de Investigación	Febrero 2020	Febrero 2020
12	Presentación de Trabajo de Investigación	Marzo 2020	Abril 2020

Tabla 9 - Cronograma de Actividades por Autores (2019-2020)

X.2 Presupuesto (Costos y Recursos)

EQUIPOS Y MATERIALES

NO.		CANTIDAD	PRECIO \$RD	TOTAL \$RD
1	Ordenadores	2	N/D	N/D
2	Resma Papel BOND 20 (8 ½ x 11)	3	1,100.00	3,300.00
3	Lápices	4	10.00	40.00
4	Bolígrafos	16	20.00	320.00

INFORMACIÓN

NO.		CANTIDAD	PRECIO \$RD	TOTAL \$RD
5	Adquisición de libros	N/D	N/D	N/D
6	Revistas	N/D	N/D	N/D
7	Internet	N/D	N/D	N/D

ECONÓMICOS

NO.		CANTIDAD	PRECIO \$RD	TOTAL \$RD
8	Papelería (copias)	330	2.00	660
9	Impresión	800	5.00	4,000.00
10	Encuadernación	6	100.00	600.00
11	Teléfonos móviles	2	N/D	N/D
12	Transporte/ Combustible	-	8,000.00	8,000.00
13	Imprevistos	-	5,000.00	5,000.00
14	Inscripción de la tesis	2	15,000.00	30,000.00
15	Presentación de la tesis	2	15,000.00	30,000.00
16	Empastado de la tesis	9	600.00	5,400.00
	TOTAL			87,320.00

X.3 Consentimiento Informado

Usted ha sido invitado a participar en la investigación del trabajo de grado: «Impacto en el Sistema Familiar del Manejo del Trastorno Depresivo Mayor a uno de sus miembros del Instituto de la Familia Inc. (IDEFA)».

La colaboración consiste en responder una serie de preguntas, el llenado de las mismas no excede la hora de duración. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria.

Los resultados serán utilizados únicamente para este trabajo de investigación. Su identidad será protegida, toda su información será manejada con total confidencialidad, ya que solamente tendrán acceso a estos datos, los miembros del equipo de investigación. Y si estos datos llegan a ser publicados, no se incluirá ninguna información que pueda revelar su identidad.

NOTA: Usted no recibirá ninguna remuneración económica por la participación en este proyecto, pero recibirá el grato privilegio de haber contribuido al desarrollo de la ciencia.

Al firmar esta página usted está de acuerdo con lo siguiente:

- He leído y comprendido las declaraciones contenidas en este documento
- Entiendo la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Cualquier duda o inconveniente acerca del estudio, se puede dirigir a las investigadoras: Pamela Vanessa Cabrera De Los Santos email: pc14-1744@unphu.edu.do y a Kimberly De La Rosa Hilario email: kd14-1838@unphu.edu.do.

Firma _____ Fecha _____

X.4 Encuestas

Evaluación del Impacto en el Sistema Familiar del Manejo del Trastorno Depresivo Mayor a uno de sus miembros

Edad del paciente:	Sexo del paciente:	Ocupación del paciente:
Religión del paciente:	Estado Civil del paciente:	Escolaridad del paciente:
¿Cuánto tiempo lleva cuidando a su familiar enfermo?		

1. ¿Cuánto tiempo lleva su familiar diagnosticado?

- a. 3 meses b. 3-6 meses c. 6 meses-1 año d. Más de 1 año

2. ¿Su familiar enfermo padece de alguna otra enfermedad?

- a. si b. no

En caso de su respuesta ser si, especifique ¿Cuál o cuáles?

3. ¿Algún otro miembro de su familia padece de alguna enfermedad mental?

- a. si b. no

En caso de su respuesta ser si, ¿Qué otro miembro la padece y cuál es la enfermedad?

4. ¿Considera que usted se encuentra en un buen estado de salud?

- a. si b. no

En caso de su respuesta ser no, ¿De qué enfermedad sufre?

5. ¿Ha tenido sensación de malestar físico o psicológico en el último mes?

- a. si b. no

6. ¿Considera que su alimentación ha experimentado alteraciones desde que su familiar fue diagnosticado?

- a. si b. no

En caso de su respuesta ser si, ¿Ha experimentado ganancia o pérdida de peso?

7. A la hora de cuidar el paciente, ¿recibe apoyo de sus otros familiares?

- a. Siempre b. con mucha frecuencia c. Pocas veces d. Nunca

8. Lo concerniente al cuidado y tratamiento de su familiar, ¿se decide en familia?

a. Siempre b. con mucha frecuencia c. Pocas veces d. Nunca

9. ¿Quién se encarga de cuidar por más tiempo de su familiar enfermo?

10. ¿Se produjeron cambios en los proyectos y planes familiares luego de que su familiar fue diagnosticado?

a. Si b. No

11. ¿Se produjeron cambios en la atención y cuidados a los demás miembros de la familia?

a. Si b. No

12. Al momento de ser diagnosticado su familiar, ¿se contaba con disponibilidad de espacio en el hogar?

a. Si b. No

13. ¿Debido a lo que han compartido con relación a la enfermedad, su familia se ha vuelto más unida?

a. Si b. No

14. ¿Considera que su familia tiene la misma energía para realizar actividades sociales y recreativas que normalmente son de su agrado?

a. Si b. No

15. ¿Se han mantenido los hábitos y costumbres familiares luego de que su familiar fue diagnosticado?

a. Si b. No

16. Debido al diagnóstico de su familiar, ¿su relación de pareja ha sido afectada?

a. Si b. No

17. ¿Ha disminuido la productividad laboral por el hecho de cuidar a su familiar enfermo? (por abandono de trabajo, disminución de horas de trabajo o porque no puede realizar horas extra)

a. Si b. No

18. ¿Necesitan ingresos adicionales para poder cubrir los gastos que ocasiona la enfermedad de su pariente?

a. Si b. No

19. ¿Han aumentado de manera significativa los gastos económicos de su familia desde que su familiar fue diagnosticado?

a. Si b. No

20. ¿La vida familiar gira entorno a la enfermedad de su familiar con TDM?

a. Si b. No

ESCALA DE CARGA DE ZARIT
Entrevista sobre la carga del cuidador

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente USTED así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0 = Nunca, 1 = Casi Nunca, 2 = Algunas Veces, 3 = Bastante Veces, 4 = Casi Siempre

		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar de su familiar?					

13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar de su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Cada ítem se valora así:

FRECUENCIA	PUNTUACIÓN
Nunca	0
Casi nunca	1
Algunas veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Evaluación

Sustentantes:

Pamela V. Cabrera De Los Santos

Kimberly De La Rosa Hilario

Asesores:

Dra. Annabel Espinosa
(Clínico)

Dra. Edelmira Espaillat
(Metodológico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Claudia Scharf
Directora Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____