

01521
36



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

- Dirección General de Bibliotecas •
situndir en formato electrónico e impreso el
ido de mi trabajo recepcional.

UBRE: Guadalupe Zarate

Tercera

CHA: 12 Febrero 2003

Guadalupe Zarate

DINAMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL CAUSAL DE UN
TRANSTORNO EMOCIONAL INFANTIL
"CASO DIANA"

**TRABAJO RECEPCIONAL
SEMINARIO DE AREAS SUSTANTIVAS DE
T R A B A J O S O C I A L
"ATENCION SOCIAL A LA FAMILIA"
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
G U A D A L U P E G A R C I A Z A R A T E**

DIRECTOR: LICENCIADA CLAUDIA CECILIA LOPEZ OLMEDO

MEXICO, D. F.

2003

A





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

La fortaleza de un hombre no esta en el ancho de sus hombros. Esta en el tamaño de sus brazos cuando abrazan. La fortaleza de un hombre no esta en lo profundo del tono de su voz. Esta en la gentileza que usa en sus palabras. La fortaleza de un hombre no esta en como lo respetan en su trabajo. Esta en como es respetado en su casa. La fortaleza de un hombre no esta en lo duro que puede golpear. Esta en lo cuidadoso de sus caricias.

Por sus muchas horas de constancia y dedicación para mi persona le dedico este trabajo como simbolo de gratitud a aquel caballero que me enseño todo lo que se y lo que soy; a esta persona que me dedico parte de su vida.

A mi padre Gustavo García.

Cuesta tanto llegar a ser plenamente humano que son muy pocos que poseen el esclarecimiento o el valor necesarios para pagar el precio requerido. Para ello hay que abandonar totalmente la búsqueda de seguridad y asumir con los brazos abiertos el riesgo de vivir.

Aquella mujer que me llevo en su vientre durante nueve lunas y me enseño la luz, a esa mujer que en sus desvelos logro hacer de mi la persona que soy. Por eso agradezco los consejos, regaños y esas muestras de cariño que me enseñaron a ser mujer.

A mi madre Lourdes Zarate.

Hay que abrasar el mundo como un amante sin esperar una fácil retribución de ese amor. Hay que aceptar el dolor como condición de la existencia para poder levantar el peso de esas cargas en la vida.

Aquellas dos mujeres que han estado a mi lado en los momentos buenos y malos de mi vida y que han sabido llorar y reir conmigo en cada momento.

A mis hermanas Angélica Milagros García.

Hay que admitir la duda y la oscuridad como precio, hay que tener una voluntad obstinada en el conflicto pero siempre dispuesta a la aceptación de todas las consecuencias de vivir.

A mis grandes amigos que dedicaron horas de su tiempo con sabiduría y cariño para cada párrafo escrito en este trabajo.

A mis amigos Lic, Claudia López , C. A. Mario Martínez y Octavio Guarneros.

Finalmente motivo de mi inspiración y dedicación; están dedicados a mis abuelas a mi tia Cristina y a mis dos ángeles Erick y a ti Alfonso Zarate (Mi Abuelo).

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	4
• DINÁMICA FAMILIAR	
• DINÁMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL	
• DIVORCIO EN LA FAMILIA DISFUNCIONAL	
• LA DEPRESIÓN EN UNA FAMILIA DISFUNCIONAL POR DIVORCIO	
• LA DEPRESIÓN COMO SÍNTOMA DEL PROCESO DE DIVORCIO	
• DIVORCIO: RELACIÓN PADRES E HIJOS	
• EL DIVORCIO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL INFANTIL	
• DEPRESIÓN INFANTIL	
• DIVORCIO COMO UNA CAUSAL DE IDEACIÓN SUICIDA INFANTIL	
CONTEXTO SOCIAL	19
• DIVORCIO DESDE UN PUNTO DE VISTA LEGAL EN MÉXICO	
• PROGRAMA ESPECIFICO DE SICOPATOLOGÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA	
• DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL DIVORCIO, DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN MÉXICO	
METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL CASO	27
OBJETIVO GENERAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL	28
SÍNTESIS DEL CASO	29
DATOS GENERALES	30
SÍNTESIS DEL PROBLEMA ATENDIDO	31
ATENCEDENTES DEL CASO	32
SIMBOLOGIA DEL FAMILIOGRAMA	33
FAMILIOGRAMA "FAMILIA DE LA P.I. (DIANA)	34
ANTECEDENTES MORBIDOS DE LA P.I. (DIANA)	37
FASE DE CONTACTO	38
• VALORACIÓN	
• DINÁMICA FAMILIAR ENFOCADA AL DSM-IV EJE IV (VOLKERS-LOPEZ, HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL	
• DINÁMICA FAMILIAR	
• DIAGNOSTICO INICIAL	
• DIAGNOSTICO COMPACTADO INICIAL	
• HIPÓTESIS INICIAL	
• PRONOSTICO INICIAL	
• PLAN DE ACCION INICIAL	

INTRODUCCIÓN

La familia funcional es parte de un sistema que provee de recursos favorables al individuo como lo son: pertenencia, unidad, satisfactores emocionales, crecimiento y desarrollo, conformación del carácter y valores, tales recursos permiten hacer frente a las diversas problemáticas psicosociales que ponen en riesgo la salud mental. Cuando estos recursos se ven limitados o aparentemente inexistentes, la dinámica familiar cambia, entendiéndola a ésta como: "el conjunto de fuerzas tanto positivas como negativas que ayudan o afectan el comportamiento de cada integrante de la familia haciendo que ésta como unidad funcione "bien" o "mal"; esto determina el grado de "funcionalidad" o "disfuncionalidad" del seno familiar". Bertalanffy (1968) expresa de la familia, desde la TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS que esta es una unidad sistémica, inserta y relacionada con otros sistemas de mayor a menor jerarquía o complejidad, que realiza funciones específicas necesarias para la satisfacción de las necesidades de los miembros que la integran así como de ella misma como unidad vital de desarrollo.

Poniendo como ejemplo a los sistemas familiares disfuncionales para explicar los diversos trastornos mentales derivados de la infancia, como resultado de crisis familiares no confrontadas "satisfactoriamente" a consecuencia de: límites rígidos, fomento a la codependencia, silencio tácito, inaudición selectiva, fomento y desarrollo del sentimiento de culpa y vergüenza, así como la idealización de los padres y su voluntad inhabilitada entre otros rasgos, indudablemente que esto provocará una alteración mental en mayor o menor grado en el individuo que lo vivencia. Las causas y consecuencias variables que alteran el equilibrio familiar, tienen su origen ya sea en aspectos somáticos, es decir, enfermedades, desajustes, trastornos neurológicos, alteraciones psicológicas, así como los derivados de los conflictos y/o problemas emocionales entre otros aspectos.

Raymundo Macias en su libro LA FAMILIA afirma que no existe una familia o persona exenta de problemas, pues el vivir implica permanentemente resolver las vicisitudes o dificultades que la vida misma plantea con mayor o menor complejidad, de modo tal que las familias funcionales son capaces de llevarlas en forma flexible, completa y

eficiente las fases de su ciclo vital, las menos efectivas o más disfuncionales pueden quedarse en las primeras fases, sin siquiera identificar o negar el problema o también atorarse rigidamente en alguna de ellas y por lo tanto son las familias que tienden a buscar el apoyo de un especialista que facilite una reestructuración familiar.

Es de singular interés contemplar cómo la disfunción familiar incrementa el trastorno emocional en los menores que han tenido la experiencia de vivir el proceso de duelo por separación de los padres, la mayoría de estos niños manifiestan sentimientos de abandono, ansiedad, angustia, depresión, tristeza, sentimientos de amenaza y la búsqueda de afecto, que si no se llegan detectar y atender de manera oportuna pueden desencadenar en "trastorno de depresión", "ideación suicida", "intento de suicidio" y "el suicidio consumado", entre otros síntomas alternos.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", de la Ciudad de México, tiene como objetivo: asistir a niños y adolescentes que al presentar un trastorno psiquiátrico, procura su prevención, atención y rehabilitación no sólo del paciente identificado (P.I.), sino también de la familia que acompaña al menor en su tratamiento, a través de la detección y diagnóstico de la situación familiar, lo cual registra al padre, a la madre, a hermanos u otros tutores atendidos como los pacientes detectados (P.D). Trabajo Social, médico psicólogo como un equipo interdisciplinario participan en la rehabilitación del menor con su familia para recuperar la estabilidad psicosocial que es sinónimo de Salud Mental.

La Paciente Identificada (P.I.), para éste estudio de caso cuenta con siete años de edad y es referida a este hospital por ideación suicida. De acuerdo a la problemática que presenta la menor se pudo observar que la paciente detectada (P.D), manifiesta un desequilibrio emocional debido al proceso de duelo por divorcio necesario, que provoca rasgos disfuncionales en la familia. La atención se le otorgó en el Departamento de Trabajo Social de la Clínica de Atención Vespertina (CAV), donde se le realizó la valoración a la madre, estableciendo un plan de acción social encaminado al forjamiento y refuerzo de los recursos que ayuden a hacerle frente a los problemas familiares. Indudablemente, que los conocimientos fundamentales que brindó el Seminario de Atención Social a la Familia, permitieron abordar el caso de una manera

éticamente profesional y obligadamente encaminada a desarrollar las habilidades en una práctica reflexiva, analítica, y al mismo tiempo profesional y personalmente confrontadora.

A continuación el presente trabajo es una muestra de la intervención de Trabajo Social de Caso, cuyo enfoque es esencialmente el divorcio y su influencia en el estado emocional de la madre (P.D.), y su relación con la ideación suicida de la hija (P.I.). El tipo de intervención se dio bajo técnicas de orientación dirigidas a un cambio en la forma de percibir el duelo por divorcio, para lo cual la investigación documental y de campo fueron necesarias para lograr una "acertada" intervención dentro de la familia, la intervención que se establece con uno o varios miembros de la familia encamina al trabajador social a detectar la necesidad sentida y la necesidad real, lo cual nos obliga como profesionistas a actualizarnos no solo en nuestro campo sino en otras disciplinas.

El interés de intervenir en el área psiquiátrica se dio gracias a la experiencia que brindó el servicio social y las prácticas comunicarias, donde ambas instituciones fueron de carácter psicológico, lo cual motivó a conocer la intervención de trabajo social en este campo. Para este caso practico se trabajó con la madre (P. D.), a fin de abordar la problemática que aquejaba la dinámica familiar, a su vez se contó con la asesoría y la supervisión que ayudaría a la adecuada intervención. Por lo que este trabajo tiene la intención de desafiar a aquellas personas que estamos interesadas en conocer la dinámica que presenta un paciente con ideación suicida.

En lo referente a la metodología, este trabajo esta basado en el modelo estructural funcionalista", lo cual indica que la estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas apuntalan el sistema".¹

¹ Resumen de Minuchin S. Familias y "Terapia Familiar" Ed. Gedisa. Barcelona, España. Séptima reimpresión 1999
Pág. 7

MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

DIANAMICA FAMILIAR:

La familia es un sistema que opera a través de pautas de negociación, un intercambio repetido que establecen éstas, acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse; y estas mismas apuntalan al sistema familiar. La familia como un grupo humano primario en el que los integrantes nacen, establecen contactos, realizan un tipo determinado de encuentro y con el ambiente propicio para establecer un tipo humano de comunicación enriquecedora y perfectible; debe ser vista según la psiquiatría como un paciente, la persona que está siendo tratada es sólo un síntoma de la psicopatología familiar. Aunque la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. La terapia estructural de familia es un cuerpo de teoría y técnica que estudia al individuo en un contexto social. La orientación basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia; cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifica consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo. La herramienta de esta orientación consiste en modificar el presente, no explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia, por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien ese presente.

La dinámica familiar es una combinación de sentimientos y comportamientos que actúan en cada uno de los integrantes de la familia, lo que les permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y que les da el sentimiento de pertenecer a un lugar, así como de poder contar con el apoyo de sus miembros. Existen varios indicadores para la investigación familiar, facilitando el diagnóstico a través de categorías muy propias dentro de la profesión. Entre estos indicadores tenemos:

Comunicación; según lo menciona Virginia Satir, es el factor determinante de las relaciones que establecerá con los demás y lo que suceda con cada una de ellas en el mundo. Según Watzlawick (1967) la familia funciona esencialmente como un procesador de información, donde la comunicación, independientemente de sus contenidos ejercen un efecto sobre la conducta del otro, lo que define sus posiciones jerárquicas y organización. Un efecto característico de la comunicación humana consiste cuando un polo insiste en influir sobre el otro polo en cierta dirección, produce el efecto contrario. Este es el efecto comunicacional que transforma las dificultades naturales de la vida en auténticos problemas.

- **Comunicación:** Es la capacidad en donde dos o más seres participan y transmiten pensamientos, sentimientos, percepciones, necesidades, etc., y que se logra si quienes intervienen en ella están atentos a los mensajes de su interlocutor.
- **Actitud, comportamiento y conducta**
"La actitud contempla la postura del cuerpo ante determinadas circunstancias, pero también hace referencia al tono de voz y al gesto, que son determinados por el estado de ánimo.
Mientras tanto, el comportamiento es la imagen que se tiene de una persona de acuerdo a sus hechos.
Y la conducta es la acción dirigida hacia un determinado fin.
- **Manejo de autoridad**
La autoridad es la figura en quien está depositada la responsabilidad de organizar y dirigir, en este caso una familia, el objetivo es tomar decisiones en diferentes momentos de la vida, dar alternativas sobre las cuales decida que es mejor para los hijos, es entonces quien lleva la dirección el encargado de establecer los límites normas y valores en el seno familiar
- **Control rígido de la conducta**
Se refiere a la autoridad que establece límites rígidos para controlar una conducta; y la rigidez estriba en la anulación parcial o total de la "negociación".²

² López Claudia, Rodríguez Amelia, Et. al. "Manual de Capacitación y actualización profesional en atención individualizada y grupal" Coadfani, México, 2000 Pág. 15.

- **Control flexible**
Se caracteriza por permitir la negociación, acuerdos y en ocasiones ciertas concesiones.
- **Control caótico**
No hay una regla, norma o límite definido, son claros y por tanto suelen ser manipulados a conveniencia.
- **Roles**
Es el papel que juega cada individuo en la familia, según las expectativas y de acuerdo a su propia personalidad.³
- **Ciclo Vital de la familia**
Según Virginia Satir en su libro NUEVAS RELACIONES HUMANAS EN EL NÚCLEO FAMILIAR menciona que "es la ubicación cronológica por etapas de la familia de acuerdo a las edades y comportamientos de los integrantes que las componen".
- **Grado de madurez**
"Se distingue porque un individuo ha logrado establecer con claridad los límites personales y cuenta con una identidad propia; también, la persona se relaciona de manera significativa sin fundirse, ni fusionarse con su sistema familiar.
- **Facultad de sentir**
Ésta permite conocer la realidad espontánea y única, a través de los órganos de los sentidos, interpretar, describir y explicar.
- **Facultad volitiva**
Es el elegir, el querer y desear. Es el poder de desear y de convertir los deseos en realidad a través de las acciones".⁴
- **Facultad imaginativa**
Permite crear, innovar y buscar nuevas posibilidades de acción.
- **Sentido de valía**
Cuando existe el reconocimiento de ser irrepetibles, con cualidades innatas y potencialidades limitadas pero sí desarrollables.

³ Brad Shaw Jhon "La Familia" Ed. Selector, México D.F., 2000 Pág. 86

⁴ Op. Cit. Pág. 88

- **Inteligencia emocional**

Emoción proviene del latín EMOVERE, que literalmente significa energía en movimiento. Señal que el cuerpo indica como necesidad, saciedad o pérdida, y la inteligencia está determinada por la empatía, conciencia de uno mismo, persistencia y motivación.

DINÁMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL:

La familia disfuncional se caracteriza por experimentar niveles altos de ansiedad relacionada con estrés. Las características de los individuos que conforman una familia disfuncional es que son personas que tienen rasgos disfuncionales en sus vidas derivados de sus familias de origen, Bowen llama a este ciclo como Proceso de Transmisión Multigeneracional. En un matrimonio que conforma una familia disfuncional, es característico encontrar una lucha de poder, que deviene de una historia familiar de origen donde se perdió la posibilidad de expresar abiertamente sus sentimientos de dolor, angustia, tristeza, enojo, vergüenza e ira, entre otros, y a su vez éstos fueron humillados, manipulados, intimidados, anulados, ignorados, tratados como objetos explotados sexualmente o brutalmente golpeados. Se introyecta la idea de ser "malo", se desconocen y no saben por tanto como manifestar sus sentimientos por lo que los reprimen.

Dentro de la disfunción familiar hay otro rasgo como la privación narcisista, como lo menciona Brad Shaw en su libro "La Familia". predomina el amor propio como un factor egocéntrico, con tendencia a complacerse a sí mismo antes de ver las necesidades de los demás, pues hay una exigencia que se muestra en el "berrinche" y la idea de posesión de la voluntad ajena que se extiende en la adultez. Por el contrario la voluntad deshabilitada provoca inseguridad en la toma de decisiones y se tiene la creencia de controlar todo, existe entonces la búsqueda de una "perfección" y se ve todo de una manera extremista. Los roles muestran que vive en un sistema familiar altamente disfuncional son: el "héroe", "el chivo expiatorio", "el niño perdido", etc. Los roles mencionados a veces se vivencian en adultez como una forma de llegar a compensar un faltante o expectativas llenas de "fantasía".

La codependencia es la principal consecuencia de un sistema familiar disfuncional y ésta es una enfermedad de la autoestima, ya que en vez de satisfacer sus propias necesidades, es el llegar a satisfacer las necesidades de los padres o expectativas impuestas.

La codependencia puede verificarse con el diagnóstico compuesto del desorden de personalidad como aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV año 1999 (DSM IV), esto quiere decir que la codependencia tiene un estatus clínico suficiente como para ser reconocida y designada como una enfermedad emocional según el Dr. Timmen Cermak.

El hombre vive ensimismado como un mecanismo contrario a la "otredad"; se ha comprobado que las familias disfuncionales tienen las mismas características que familias con un integrante que tiene problemas de alcoholismo, donde la preocupación en atender los problemas de cada uno de sus integrantes olvidándose de sí mismos al no atender sus propias necesidades.

En lo referente al matrimonio, se tiene la falsedad de que dos mitades formarán un círculo completo, como la idea de la "media naranja", pero esta imagen distorsionada de relación de pareja inicia desde el noviazgo, donde ambos comparten actividades juntos en todo momento y lugar. Esto es lo que comúnmente se conoce como codependencia marital y equivale a que cada una de las partes pierde su identidad. (Brad Shaw 2000)

DIVORCIO EN LA FAMILIA DISFUNCIONAL:

Se entiende por divorcio por la disolución del vínculo matrimonial y deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro. El divorcio tal como se concibe en la actualidad viene a concluir con un hogar, la disolución del matrimonio es la ruptura del lazo conyugal y la cesación de los efectos que la unión de los esposos producía respecto a ellos o respecto a terceros; el divorcio es la ruptura de un matrimonio válido en la vida de los dos cónyuges. DIVORTIUM viene del verbo divertere: irse cada quien por su lado, esta ruptura no puede tener lugar más que mediante la acción de la justicia y por las causas determinadas por la ley. Conforme a la iglesia se entiende por divorcio en sentido propio la ruptura del vínculo matrimonial con posibilidad de anudar uno nuevo, a de reconocerse que su admisión equivale generalmente a admitir la poligamia y anegar la indisolubilidad del matrimonio.

En este proceso las causas del divorcio son: "adulterio de cualquiera de los cónyuges, tentativa de uno contra la vida de otro sea como autor principal o como cómplice provocación de uno de los cónyuges al otro a cometer adulterio y otros delitos de vicio injurias graves, malos tratos aunque no sean graves y si son tan frecuentes que hagan intolerable la vida conyugal, abandonó voluntario y malicioso".⁵

LA DEPRESIÓN EN UNA FAMILIA DISFUNCIONAL POR DIVORCIO:

La depresión es causada por acontecimientos del exterior de índole traumático, éste término puede utilizarse en tres acepciones en primer lugar en su uso coloquial, viene a ser un sinónimo de la tristeza que se experimenta ante situaciones cotidianas penosas o negativas, como el divorcio, por ejemplo. En psiquiatría y psicología, sin embargo, el término se utiliza para referirse a un síntoma, a un estado de ánimo "anormal" ó "patológico" similar, pero no igual a la tristeza cotidiana y a un cuadro clínico que reúne una serie de síntomas que suelen presentarse conjuntamente, pero también otros como la inhibición, insomnio, falta de apetito, etc.; en consecuencia se afirma que la depresión no es una enfermedad, sino más bien una reacción normal del individuo a aquellos acontecimientos vitales que le causaron dolor.

Los principales síntomas de la depresión giran en torno a sentimientos de desesperación propiciados por la excesiva desvaloración propia y la falta de confianza, la razón de no vivir acompañados de una pérdida de energía corporal y de apetito, sin deseo ni fuerza para cuidar de sí mismo o para ser sociable; la depresión es un estado mental que incomoda y distorsiona los sentimientos. "Las pérdidas importantes durante la niñez tales como la muerte del padre, madre o algún ser querido, así como el divorcio, se encuentra con frecuencia en los antecedentes del deprimido, pero por otro lado muchas personas con estos traumas emocionales no desarrollan depresión.

Desde un punto de vista médico-social tanto los terapeutas como los médicos canalizan a sus pacientes ya recuperados de una depresión a diversas instituciones para que les proporcione la debida orientación sobre problemas individuales familiares o de pareja, para que así reconozcan su valor como personas y obtengan una mejor calidad de vida.

⁵ "Código Civil para el D. F." Ed. Pac. S. A., de C. V. México D. F., 2001 Pág. 88

Ramón de la Fuente (1997), menciona en el capítulo Epidemiología de la Patología Mental, en el libro del autor Nanut, que uno de los trastornos predominantes es el trastorno depresivo junto con trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad y, generalmente en población estudiantil, los trastornos más comunes son: Fobia escolar, enuresis, terrores nocturnos, hiperactividad, problemas de lenguaje y lecto-escritura y una minoría presenta trastornos depresivos.⁶

LA DEPRESIÓN COMO SÍNTOMA DEL PROCESO DE DIVORCIO:

Los diversos cambios emotivos como los que provoca un divorcio generan cuadros depresivos, donde es de esperar cierto grado de malestar que afectan las rutinas cotidianas o la educación de los hijos y con ello aumentarse el resentimiento de pérdida y el desamparo que tiende a mover hacia la desorganización, la angustia y la depresión, y a llegar incluso, al intento de suicidio. Hay casos en que la codependencia dificulta definitivamente la separación real, en toda la extensión de la palabra, de los "divorciantes", lo que hace que recurran al mecanismo de infantilización, en cuyo pretexto de buscar ayuda en la familia de origen, recurren a sus padres para recuperar el papel de hijo dependiente, pues no tolera el hecho de verse "abandonado" por su cónyuge, al que suele ver como una "madre" o un "padre" según sea el caso.

En el proceso de divorcio, quien experimenta mayormente un trastorno de depresión a consecuencia de esta separación afectiva, es en definitiva la mujer. *"Estudios epidemiológicos realizados en la mayoría de los países occidentales, muestran que por cada hombre deprimido existe el doble de mujeres con la misma afección:"* De esta manera la mujer que se divorcia debe enfrentarse al estigma social, una actitud culpigena de una subcultura de la familia de origen tradicional, y a sus propia condición neurofisiológica probabilísticamente heredada.

La mujer se enfrenta a la depresión premenstrual, posparto, síndrome del nido vacío, de la menopausia y la depresión de la mujer divorciada. El sentimiento de fracaso ante los rompimientos amorosos o pérdidas de seres queridos, porque no se ha dado

⁶ Hernández Vargas Nanut "Avances recientes en Trabajo Social Psiquiátrico – Curso" Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría, México, 1998 Pág. 85

⁷ Dio Bleichman, Emilce "La Depresión en la Mujer", comp. del Diplomado Atención Social a la Familia, 1996.

importancia justa a las cualidades que puede hacer frente a los sentimientos de malestar. *“Los tratados de psicología describen la masculinidad como un conjunto de atributos instrumentales y la feminidad por sus cualidades emocionales. Pero cuanto más humanos somos más sentimos de acuerdo a lo que pensamos y para sentir tenemos que otorgarle algún significado a lo sentido”*; esta cita refiere que la mujer representa las emociones de “amor”, “dolor”, “tristeza”, “alegría”, entre otras, las cuales son culturalmente aceptables; pero contrariamente, el hombre es concebido como un ser provisto de “fuerza”, “valentía”, “protección”, “proveedor”, entre otros. Esta dualidad separada, hace que el hombre y la mujer al divorciarse se consideren incompletos, pero como al hombre se le alecciona la fortaleza difícilmente demostrará su “debilidad”, lo cual determina sea más fácil para él encontrar otra pareja que complete el vacío que deja la separación. Respecto a la mujer, ella solicitará la protección de alguien, no necesariamente un hombre, sino cualquier persona que complete su necesidad emocional más que sexual; para ellas sí es difícil encontrar otra pareja, porque muestra “inseguridad” debido a los deseos reprimidos desde la infancia, lo que provoca que la mujer reprimida tienda a la depresión.

La mujer que refleja el Síndrome de la Depresión posterior al divorcio, va a puntualizar aspectos como:

1. Incredulidad
2. Dolor
3. Miedo a lo desconocido
4. Subestima
5. Enojo
6. Depresión
7. Esperanza
8. Aceptación

Dentro de los síntomas puede evidenciarse llanto, auto agresión, ambivalencia e ideas confusas, lo cual la hacen más “vulnerable” ante los demás. Si estos síntomas son evidentes, los hijos que viven con la madre, por ejemplo, existe la probabilidad que ellos reproduzcan las mismas conductas emotivas.

La mujer que ha vivenciado el proceso de divorcio, requiere recursos de apoyo, comprensión, orientación, educación y confronte para que ella identifique las causas que le originan su depresión; y con ello intervenir directamente en los síntomas específicos como los ya mencionados.

DIVORCIO: RELACION PADRES E HIJOS

Lo ideal cuando un matrimonio termina no significa el fin para la familia y los hijos que están involucrados, indiscutiblemente habrá cambios en la estructura de la familia, puesto que los padres ya no vivirán juntos. Cuando los cónyuges se separan, ambos están sufriendo, no ven probabilidades de cambio, en general uno toma la iniciativa final, pero los dos saben que la convivencia los está destruyendo y que a su vez dañan gravemente a los hijos. La separación puede ser una alternativa para el crecimiento personal y como padres, en donde lo que más resalta al principio son las exigencias y dificultades pero luego aparecen proyectos, energías, capacidades y aptitudes que estaban bloqueados.

Algunos padres refieren no querer divorciarse aunque su matrimonio emocionalmente se haya terminado, por el temor de la reacción que puedan tener sus hijos, incluso, ellos esperan a que éstos crezcan para que puedan comprender, al mismo tiempo en que se procura causarles el menor dolor posible. En realidad, lo que ellos como padres encubren son sus propios miedos, angustias o sentimientos de culpa que depositan en sus hijos, haciéndolos responsables de sus propias decisiones. El que un padre o una madre no enfrenten estos sentimientos, dificultan un divorcio "saludable" para ambas partes. Existen otros tipos de limitantes en la separación emocional que evita la separación física, y lo es la agresión pasiva entre los consortes, ya que a veces suelen utilizar a los hijos como medio o canal de maltrato emocional, pues cada uno espera ganar el afecto de los hijos a fin de hacer sentir mal al otro; en esencia lo que está encubierto en algunos casos una especie de "venganza" que hay que descodificar. Entre la responsabilidad depositada en los hijos para decidir un divorcio, y la triangulación de los hijos en el círculo del maltrato, produce indudablemente secuelas no sólo en el subsistema parental, sino en el mismo subsistema conyugal o marital, lo que hace que la disfunción familiar se de en diversos niveles.

EL DIVORCIO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL INFANTIL:

El divorcio es un proceso "devastador" para los hijos, ya que a menudo ignoran lo que está sucediendo, ellos pueden desarrollar síntomas graves como: ansiedad, depresión, regresiones, trastornos del sueño, sonambulismo, asma, alergias, enuresis, tic nervioso y trasgresión de límites. También se presentan trastornos de la alimentación como, comer en exceso, o mostrar inapetencia; un deficiente desempeño en la escuela, conductas delictivas, autodestructivas, consumo de alcohol, drogas, ataques frecuentes de llanto o ausencia de emociones y problemas para expresar sus sentimientos. Dichos trastornos son derivados de un proceso de duelo no resuelto adecuadamente, y el proceso de duelo se da en etapas las cuales no se manifiestan jerárquicamente ordenadas, sino que esto depende del sentir, pensar y actuar de cada ser humano, en caso el sentir, pensar y actuar de los hijos inmersos en el divorcio, por ejemplo, las etapas de duelo según refiere Kübler Ross lo siguiente:

- Sentimiento de incredulidad: Es la etapa de la negación, es decir: ¡no me puede estar pasando esto a mí". Esta negación funciona como un amortiguador al dolor de la separación; y en algunos casos es una defensa provisional que pronto podría ser sustituida por una aceptación parcial.
- Ansiedad: Reacción intensa de miedo normalmente infundida o excesiva, como manifestación de temblores, reacciones de sobresaltos a pequeños ruidos, y malestar gástrico, todos ellos comunes a la reacción de ansiedad aguda y la reacción de pánico. Es muy común que los niños expresen ansiedad de separación, fobia escolar y mutismo, entre otros síntomas.
- Enojo: Éste aparece cuando el hijo empieza a comprender que en realidad sí está viviendo una separación de los padres. La pregunta al respecto es ¿por qué yo?, es decir, ¿por qué a los papás de mi amigo no les pasa?. En este punto, los hijos pueden llegar a conductualizar el enojo en agresión dirigido (padre, madre, maestro y tutores), por ejemplo, trasgresión de los límites, conductas delictivas en casos extremos, entre otros síntomas.

- Esperanza: Esta etapa Kubler Ross refiere como una etapa de negociación, una prorroga o un plazo, donde implícitamente el niño o adolescente se compromete a una mejor conducta, ejemplo: "si me porto bien, quizás mis padres no se divorcien".
- Tristeza: Es la expresión de desesperanza, de soledad y "desgano" a realizar actividad alguna. El llanto puede sobrevenir, el "berrinche" o el aislamiento.
- Depresión: Existe una gran sensación de pérdida, es decir, de vacío, inseguridad y miedo; hay sentimientos de desamparo, a veces deseos de no querer vivir y sentirse culpable y avergonzado por la separación de los padres.
- Aceptación cuando se provee de apoyo emocional suficiente, ayuda a lograr la aceptación del divorcio y el establecimiento. En la recuperación se requiere de hacer ver al hijo sea adolescente o niño, que los padres independientemente de su separación, los aman.

DEPRESIÓN INFANTIL

"Los padres que se divorcian enfrentan un desafío que la familia tradicional desconoce. Aceptan la responsabilidad de la difícil situación de seguir la tarea conjunta de educar a sus hijos para que puedan desarrollar su potencial humano al máximo, aunque hayan decidido terminar una vida en común, aunque no sean más marido y mujer, padres serán por siempre".⁸ La realidad es que el niño necesita saber que esta pasando y cómo esto le va afectar en su seguridad y estabilidad emocional, se encuentra amenazado si no se sabe que pasará con él, dónde vivirá, a que escuela asistirá, o si seguirá en la misma, con quién pasará las vacaciones, si verá a su padre o madre todas las veces que él o ellos quieran y lo elemental si lo seguirán queriendo; puesto que sus vidas dependen de dos personas que se están separando. Es muy importante tomar en cuenta el impacto del divorcio en los hijos y considerarlos en el momento de la ruptura matrimonial. Las parejas que no toman en cuenta el bienestar de sus hijos e ignoran sus necesidades pueden desarrollar un patrón de comportamiento negativo: se vuelven hostiles, atacan sus creencias mutuas, su carácter y sentimientos, desarrollan

⁸ Sparverí Elena "El Divorcio, conflicto y Comunicación en el Marco de la Mediación" ed. Biblos, Buenos Aires Argentina 1997 Pág. 28

rasgos antisociales que se manifiestan en la incapacidad de esperar turno en una tendencia a obedecer y romper reglas y en un bajo umbral de tolerancia a la frustración. "Los estados depresivos del niño están ligados por una parte a su sintomatología engañosa y por otra a la gran resistencia de los adultos a admitir su realidad e insiste en la unidad estructural de esos estados en todas las etapas de la vida, el niño no puede comunicar directamente lo que hace a través de los problemas de comportamiento.

La pérdida el objeto significa siempre la pérdida de un aspecto del ello complementario de ese objeto. La "sobrecarga" dolorosa del objeto perdido es causa de tensión entre el estado actual del ello, privado del objeto y el "estado ideal", representación de la "integridad" del ello con el objeto. La depresión se constituye como reacción casi fisiológica a la separación, al duelo, a la carencia; la experiencia depresiva forma parte del desarrollo normal de cualquier individuo".⁹ La depresión infantil se puede manifestar como insuficiencia escolar, o en forma de quejas somáticas acompañadas de sentimientos de insuficiencia, inutilidad, poco aprecio de sí mismo, desamparo, desmerecimiento, berrinches, desobediencia, actitud de huida, falta a la escuela y delincuencia en el adolescente son signos de depresión en la infancia.

Pero en conclusión lo que el niño realmente necesita es que sus padres asuman su rol coparental más allá de la separación para que su vida no pierda estabilidad y continuidad más que la destrucción de la familia, lo que reciente a un niño es un cambio de costumbres, desorganización de la vida escolar, la mudanza a otro barrio y principalmente el profundo dolor de perder a sus padres.

Lo siguiente son tres ejemplos de estudios psicológicos del CAV (Clínica de la Atención Vespertina), del departamento de psicología, los cuales pertenecen al Hospital Psiquiátrico Infantil año 1992, por confidencialidad se optó por el cambio de nombres de los pacientes.

⁹ Arfwilloux Jean Claude "Niños tristes la Depresión Infantil", Ed. Fondo de Cultura Económico México 1986 Págs. 23 a la 25

El sentir del niño: **Número de expediente 77162**

"Pedro, anhela una familia feliz y unida pero eso no es posible ya que sus padres viven separados y eso lo llena de una gran tristeza por que no es así. Pedro todavía no llega a aceptar la separación de sus padres por lo que tiende a evadir la realidad por medio del uso excesivo de la fantasía".

Observación del psicólogo: **Numero de expediente 86855.**

"Paola, es una niña con ciertos problemas de aprendizaje que necesita apoyo que refuerce su mejor desempeño sobre todo en las áreas de cálculo, memoria y atención. Aunque teniendo una capacidad mayor, presenté de manera sistemática desde hace tiempo una conducta oposicionista hacia lo académico que dificulte su progreso".

Opinión psiquiátrica: **Numero de expediente 84028.**

"Iván, masculino de 12 años de edad, con diagnóstico de trastorno disocial depresivo F92.0, trastorno de rivalidad entre hermanos F93.9, con manejo farmacológico a base de carbamazepina 600 Mg. al día".

DIVORCIO COMO UNA CAUSAL DE IDEACIÓN SUICIDA INFANTIL:

Entender la conducta suicida es un asunto difícil. El suicidio es el resultado de una acción o una secuencia de acciones, por lo que definiremos tres conceptos para entender el porqué de tal concepción "LA IDEA SUICIDA se entiende como las conductas observadas relacionadas con una inclinación o disposición a realizar un acto para acabar con la vida, pero sin que éste se haya llevado aún; EL SUICIDIO es la muerte causada por un acto o serie de actos intencionados llevados a cabo por el sujeto, y EL INTENTO SUICIDA son las situaciones en las que el sujeto lleva a cabo

actos autodestructivos reales o aparentes con la intención de quitarse la vida o de dar esa impresión a los demás".¹⁰

"Al intentar comprender el suicidio y el divorcio se toma conciencia de la enorme complejidad; no se trata de una entidad psicopatológica, tampoco una mera reacción a situaciones que generan malestar o angustia, son acontecimientos vitales en los que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos (LEELARS, 1996), en general las concepciones infantiles sobre el suicidio no difieren mucho de los adultos, simplemente en etapas tempranas de la vida es mayor la tolerancia a las ambigüedades. Los niños manifiestan mayor facilidad para elaborar concepciones circulares (morir-vivir-morir) en tanto que a mayores edades las mismas son mucho más lineales"¹¹. En ese sentido tanto el divorcio como el suicidio tienen un objetivo común, acabar con el dolor lo cual indica que culturalmente requiere de recursos familiares que permitan enfrentar el dolor de una manera positiva sin recurrir a la muerte propiciada como una salida. La pregunta sería: ¿Qué está pasando con las familias en cuyo integrante desea morir?; un ejemplo serían los niños que tienen la fantasía de "morir" para ir un lugar más "bello", el dolor en los niños simboliza "yo soy el culpable y mejor desaparezco".

Retomando el estudio psicológico de los niños en terapia de socialización del Hospital Psiquiátrico Infantil, son niños que en dibujos muestran la tristeza, mutismo y estados de ánimo que van del berrinche a la tranquilidad. Estos niños provienen de familias donde los padres se están divorciando, están separados y/o la figura paterna o materna están ausentes. Por algún motivo estos niños han presenciado tiempo antes de la disolución del matrimonio agresión entre los padres silencios entre ellos y ausencia temporal de uno o ambos padres, esto pone al niño en una situación de desventaja puesto que se auto culpa al no saber como expresar su sentir, pensar o creer y en vez de ello lo pueden externar en llanto enojo y desesperación, por tanto sentirse incomprendido, aislado sin sentido de pertenencia, estos niños son los denominados "niños tristes" que en más de una vez pueden manifestar en sus juegos y dibujos el querer "morir" o "autodestruirse".

¹⁰ Casullo María Marina y Boñaldi, Pablo Daniel "Comportamiento Suicida en la Adolescencia. Morir antes de la muerte". Ed. Lugar editorial, Buenos Aires, Argentina, 2000 Pág. 10

¹¹ Villagran José María "La Depresión". Ed. Aguilar, Madrid España, 1996, Pág. 118

CONTEXTO SOCIAL.

DIVORCIO DESDE UN PUNTO DE VISTA LEGAL EN MÉXICO:

El matrimonio puede definirse como un acto bilateral, solemne, en virtud del cual se produce entre dos personas de distinto sexo, una comunidad destinada al cumplimiento de los fines espontáneamente derivados de la naturaleza humana y de la situación voluntariamente aceptada por los contrayentes. El matrimonio es la forma regular de construir una familia. A partir de las reformas de 1974, se estableció que la mujer y el marido, tiene la misma autoridad dentro del hogar y que ambos deben resolver, de común acuerdo, todo lo conducente a la educación y formación de los hijos, así como a la administración de los bienes. Por otra parte, el Código Civil del Distrito Federal señala que la mujer, conserva la patria potestad de los hijos aún cuando contraigan segundas o ulteriores nupcias. La patria potestad se pierde sólo por dos o más condenas por delitos graves, costumbres "depravadas" de los padres o malos tratos a los hijos, la exposición que hicieran de ellos y el hecho de abandonarlos por más de 6 meses.

De acuerdo al artículo 266 capítulo X del Código Civil para el Distrito Federal, << *El divorcio disuelve el vínculo del matrimonio y deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro*>>, algunas causales de divorcio enlistadas en los siguientes puntos; son:

- Adulterio debidamente probado
- Un hijo concebido antes de celebrarse el contrato de divorcio
- Actos inmorales ejecutados por el marido o por la mujer con el fin de corromper a los hijos.
- Padecer alguna enfermedad crónica o incurable, que sea además contagiosa.
- La separación de la casa conyugal por más de 6 meses de ausencia injustificada.
- La sevicia, amenazas o injurias graves de un cónyuge para otro.
- La separación de los cónyuges por más de dos años independientemente del motivo que haya originado la separación, la cual podrá ser invocada por cualquiera de ellos.

En el artículo 269 dice: *“ Cualquiera de los esposos puede pedir el divorcio por el adulterio de su cónyuge. Esta acción dura 6 meses contados desde que se tuvo conocimiento del adulterio”.*

El artículo 274 y 275 manifiestan que: *“El divorcio por mutuo consentimiento no puede pedirse sino pasado un año de la celebración del matrimonio. Mientras que se decreta el divorcio, el juez autorizará la separación de los cónyuges de una manera provisional y dictará las medidas necesarias para asegurar la subsistencia de los hijos a quienes hay obligación de dar alimentos”.*

PROGRAMA ESPECIFICO DE PSICOPATOLOGÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA.

Este programa de atención a la psicopatología infantil y de la adolescencia es específico del Programa de Acción en Salud Mental (PASM) de la Secretaría de Salud (SSA), que se deriva del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Se analiza la situación de la Salud Mental en la población infantil y adolescente en nuestro país, las principales entidades diagnósticas a atender por ser consideradas problemas de Salud Pública.

Se revisan las acciones que se han realizado al respecto por parte de los sectores de Salud Pública y Privado en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, formación de recursos humanos, normatividad y legislación.

Se detalla también los padecimientos mentales y del comportamiento en la infancia y en la adolescencia, que son vastos, complejos y diversos. Las principales manifestaciones de estos trastornos las observamos en la conducta y el aprendizaje del menor y deben ser identificadas como señales de alarma por parte de los padres y los maestros de la escuela.

Así como también datos epidemiológicos nacionales recientes que ha reportado la Secretaría de Salud (SSA) sobre trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, indican una alta prevalencia en trastornos hipercinéticos asociados al déficit de atención, trastornos mentales debido a lesión o enfermedad médica y retraso

mental. Se observa también un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol y una mayor incidencia en problemas de depresión, intentos suicidas y acciones violentas.

A continuación para este caso practico tomamos el capitulo de depresión:

Las nomenclaturas indican que para hacer el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes el criterio a de reunir las características que se señalan para el adulto. Las CIE-10 y el DSM-IV señalan síntomas primarios junto con un estado del humor depresivo; la pérdida de interés y de placer en casi todas las actividades; esta condición habrá estado presente por lo menos dos semanas. **Algunos autores señalan que las primeras manifestaciones de la depresión infantil pueden ser detectadas en bebés de algunos meses de edad.**

Es muy importante señalar que la enfermedad depresiva en los niños persiste por largo tiempo, suficiente para producir trastornos en el desarrollo global. Por lo que estas enfermedades merecen atención urgente ya que la depresión infantil y de la adolescencia se continua con correspondientes trastornos del humor en la vida adulta.

El 30% de los niños con depresión desarrolla trastorno bipolar al llegar a la vida adulta. Frecuentemente la depresión infantil es diagnosticada como trastorno de atención y se enmascara con el tratamiento que se administra para ese padecimiento.

En algunos estudios sobre depresión en menores reportan una prevalencia del 0.4% al 2.5% en niños y del 0.4% al 8.3% en adolescentes. Otros estudios sobre depresión mayor en adolescentes que han reportado una prevalectia del 5% al 20%, comparable con la depresión mayor en adultos, sugieren que con frecuencia la depresión mayor en adultos inició en edades tempranas.

El Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro" reporta que en la última década sujetos entre 13 y 18 años presentan una significativa elevación en la manifestación de episodios depresivos que requieren hospitalización. Durante

ese mismo periodo se observó que las niñas y adolescentes presentan más episodios depresivos que los varones.

Los elementos asociados a una depresión mayor han sido atribuidos a factores genéticos, como trastornos de ansiedad en mujeres, cambios en la pubertad, predisposición cognitiva y factores socioculturales. Investigaciones clínicas refieren que desde el siglo pasado se han incrementado en la población general los factores de riesgo para presentar trastornos del humor en edades tempranas. **La tendencia clínica es encontrar depresión moderada desconociendo con exactitud las causas; las hipótesis de mayor aceptación es la interacción entre los factores ambientales y los genéticos.**

El enfermo depresivo puede manifestar un episodio depresivo leve, moderado o grave. Se observa en el paciente un humor depresivo, pérdida en la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a una fatiga severa que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Otras manifestaciones en los individuos con episodio depresivo son la disminución de la atención y la concentración, la pérdida de la confianza en ellos mismos y sentimientos de inferioridad, ideas de culpabilidad y de inutilidad, una perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, pérdida del apetito, etc.

La depresión del estado de ánimo varía muy poco y no responde a cambios ambientales, se ha observado que las formas atípicas son particularmente frecuentes en el adolescente deprimido. **Suele suceder que la depresión esté enmascarada por síntomas secundarios como consumo excesivo del alcohol, irritabilidad, exacerbación, de fobias, síntomas obsesivos, etc.** Se ha establecido que los niños deprimidos muy frecuentemente se convertirán en adultos deprimidos.

La depresión puede estar latente en la infancia, pero hacer su real aparición en la pubertad o adolescencia. Se habla de que al menos el 5% de adolescentes sufren de depresión clínica, para ese grado ya se encuentra combinada con abusos de sustancias y con trastorno de ansiedad.

La depresión adolescente es muy confusa, sobre todo para los padres, ya que la adolescencia en sí se presenta con depresión. Se tiende a pensar que "es solo una fase y que ya se le pasará". Por ese motivo el clínico debe evaluar cuidadosamente el cuadro, particularmente en cuanto a la duración de la sintomatología, la mitad de los jóvenes en secundaria o preparatoria piensan alguna vez en suicidarse.

Entre más temprano empieza la depresión es más resistente al tratamiento. La depresión en el niño y en el adolescente tiene manifestaciones muy distintas sobre todo conductuales y sus consecuencias. Las conductas en el niño pueden ser agresivas pueden presentar bajo rendimiento escolar, baja autoestima, tristeza, trastornos de ansiedad, etc. Pero llegada la pubertad las conductas pueden llegar a ser más destructivas y auto-destructivas.

Como se mencionó, la depresión puede estar encubierta por otros síntomas psiquiátricos secundarios como trastorno del sueño, trastorno de ansiedad, trastornos somatomorfos. En el niño deprimido se presentan frecuentemente trastornos de la atención y de la conducta. En hijos de madres deprimidas se ha observado que la depresión puede manifestarse en hijos que no sonríen o están siempre tristes. Sin embargo, la depresión en niños de edad escolar resultan aún más difícil de tratar, muchas veces también esta asociada a una depresión de la madre, aunque puede estar en combinación, por ejemplo, con déficit de atención, con un trastorno de ansiedad por separación o un desorden conductual. En general, los niños tienden a magnificar la depresión materna; por otro lado **variables como el maltrato, la violencia familiar, los sucesos traumáticos, e incluso los trastornos genéticos y las enfermedades físicas pueden ser causantes de una depresión infantil.** Para los tres niveles de episodio depresivo (leve, moderado o severo) se requiere que los siguientes síntomas se hayan presentado con una duración de por lo menos dos semanas:

- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Síntomas somáticos

- Despertarse por la mañana dos ó más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras.
- Pérdida del 5% del peso corporal.
- Pérdida marcada del apetito sexual, obviamente no evaluable en niños.

El tratamiento en la depresión en niños y adolescentes incluye el manejo de antidepressivos inhibidores de la recaptura de serotonina y los tricíclicos en algunos casos. Se encuentra indicada la aplicación de la psicoterapia especialmente la cognitivo-conductual. La respuesta terapéutica es menos exitosa que en el adulto deprimido, se señala que la depresión mayor rara vez se resuelve en períodos de tratamiento menores a 3 meses, y se encuentran las cifras más altas de resolución entre 15 y 18 meses de tratamiento. La distimia requiere mas de seis años de tratamiento para llegar a la recuperación óptima en un 89% .

Se denomina distimia a una depresión crónica del estado de animo que no corresponde a los criterios para el diagnostico de depresión recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios. Las personas que padecen distimia refieren tiempos cortos de bienestar, sin embargo, la mayor parte del tiempo mencionan sentirse cansados y deprimidos, toda actividad les supone un esfuerzo y nada les satisface.

Existen pocos estudios epidemiológicos sobre el trastorno distimico, en los cuales se ha encontrado una prevalecia del 0.6% al 1.7% en niños y del 1.6% al 8.0% en adolescentes . Los estudios sobre depresión en adultos (recordando sus relaciones familiares tempranas), descendencia de padres deprimidos y jóvenes deprimidos han demostrado que dentro de la dinámica familiar las interacciones se caracterizaban por presentar más conflictos, mayores problemas de comunicación, menos expresión del afecto, menos soporte y mas abuso .

DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL DIVORCIO, DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN MÉXICO:

En México en los últimos 4 años se ha visto que la depresión infantil ha aumentado, así como las tasas de divorcio y suicidio. Lo que llama notablemente la atención es que el matrimonio se presenta en su mayoría con niños menores de 10 años. A continuación el INEGI refiere la siguiente información estadística:

Estadísticas del INEGI año 1999

Matrimonios en la C. D. De México y Distrito Federal.

México	10 años o más de matrimonio	
Edades	Hombres	Mujeres
40 a 44 años	457 casos	439 casos

Ubicación en el rango de los 40 a 44 años de un total de 896 casos estudiados; lo cual indica que forman parte del porcentaje un 43%, correspondiente al divorcio voluntario y un 55% corresponde al divorcio necesario en la Ciudad de México

Distrito Federal	10 años o más de matrimonio	
Edades	Hombres	Mujeres
40 a 44 años	714 casos	675 casos

DIVORCIO VOLUNTARIO			
México		Distrito Federal	
Hombres	3336 casos	Hombres	3667 casos
Mujeres	3335 casos	Mujeres	3682 casos
Total	6671 casos	Total	7349 casos

Como se explica en el cuadro, el divorcio voluntario muestra un total de 14,020 divorcios voluntarios de hombres y mujeres. Lo que nos interesa en un futuro, es el nivel de impacto que repercuten en los hijos, diferenciando las causas de divorcio voluntario y un divorcio necesario. Por lo cual se cree hipotéticamente que sí existe una diferencia a nivel emocional en los hijos menores de 9 años.

La información que se obtuvo del INEGI y del Departamento de División Epidemiológica del Hospital Psiquiátrico Infantil, presenta como resultado que dentro de los trastornos depresivos en la población infantil, de acuerdo a la sintomatología de la paciente identificada en el caso, tenemos que:

Hospital Psiquiátrico Infantil " Dr. Juan N. Navarro"

División de Epidemiología 1999.

Trastorno Depresivo Recurrente	48 casos
Intento de Suicidio	33 casos

En este cuadro, el número de casos corresponde a la población infantil en el rango de los 0 a 17 años 11 meses, registro neto proporcionado por el H.P.I. (Hospital Psiquiátrico Infantil) agregando que el porcentaje en el año de 1999 para los casos de Trastorno Depresivo Recurrente es de 0.75% y de los casos de Intento de Suicidio 0.52% respecto a los demás trastornos registrados.

División de Epidemiología 2000.

Trastorno Depresivo Recurrente	89 casos
Intento de Suicidio	0 casos

Como se puede apreciar 89 casos registrados en el año 2000 dan como resultado un 2.50% de los Trastornos Depresivo Recurrentes, mientras que en intentos de suicidio se registro en 0 % lo cual indica que los tratamientos están ayudando a la disminución de este fenómeno.

División de Epidemiología 2001.

Trastorno Depresivo Recurrente	276 casos
Intento de Suicidio	0 casos

METODOLOGÍA UTILIZADA PARA EL CASO:

Para la adecuada intervención del caso práctico, la metodología utilizada fue el **MODELO ESTRUCTURAL FUNCIONALISTA**. Salvador Minuchin es uno de los principales exponentes de este modelo sistémico de la terapia familiar. Para desarrollarlo, el autor se basó en el análisis de "Familias Normales", provenientes de diferentes contextos socioculturales (Cfr. Minuchin, 1994). Actualmente Minuchin propone una serie de parámetros para identificar el funcionamiento de la familia, en atención a la forma como afrontan los problemas y dificultades de la vida diaria, así como la capacidad para generar las adaptaciones que reclama tanto el desarrollo interno de la familia como los cambios provocados por la mutación del contexto social.

Este modelo utiliza un conjunto de teorías y técnicas que engloban al individuo en un contexto social, considera a la familia como un sistema organizado con tres características: estructura, función y evolución; se propone cambiar la organización de la familia. Se piensa en efecto que un cambio de la estructura del grupo familiar va a modificar la posición de los miembros de grupo, transformando así las experiencias de cada uno. Aunque la familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. La terapia estructural de familia es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social.

El presente trabajo se realizó a través de una investigación documental y de datos estadísticos tomados del INEGI, la cual consistió en la revisión de textos que tuviesen que ver en lo referente a familia, divorcio, depresión, ideación suicida, intento de suicidio, suicidio, dinámica familiar y su respectiva diferencia entre la funcionalidad y la disfuncionalidad de la misma; así como también la forma en que afecta el divorcio emocionalmente tanto en los padres como en los hijos. Se requirió también de una investigación de campo la cual se realizó a través de la supervisora encargada del caso, misma que se otorgó dos veces por semana antes de cada sesión; se utilizó también un cubículo, el cual permitió que las condiciones de cada sesión fueran de más calidad; así como el uso de material didáctico como fue la grabadora para recuperar datos valiosos después de cada intervención.

OBJETIVO GENERAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL

Lograr que el paciente menor con trastornos psicológicos sea atendido y rehabilitado junto con su familia para su reinserción social satisfactoria.

FUNDAMENTOS LEGALES INSTITUCIONALES PARA LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL CASO.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud en unidades de Atención Integral Hospitalaria Medica Psiquiátrica de la Secretaria de Salud año 1999, el usuario tiene a:

- Recibir un trato digno y humano por parte del personal de Salud Mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.
- No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
- Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para el y su representante legal ,con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.
- Recibir atención médica especializada, es decir por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.
- Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de Salud Mental .
- Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.

SÍNTESIS DEL CASO

El Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. "Juan N. Navarro" se obtuvo experiencia profesional con la paciente "Diana" cuyo lapso de intervención fue del 25 al 28 de Enero del 2002 realizando las primeras investigaciones basadas en el expediente clínico. El primer encuentro después de la valoración se contemplaron seis sesiones de las cuales sólo se cubrieron cinco, se trabajó directamente con la madre (P.D.) donde ella fue el recurso familiar que facilitaron el cambio en la dinámica familiar dentro de la primera sesión el objetivo general fue: profundizar en la dinámica familiar en relación con el diagnóstico de la paciente a fin de orientarla hacia el logro de la estabilidad familiar, dicho objetivo debía sujetarse a cambio posterior de ser necesario. Durante las siguientes sesiones los objetivos fueron guiados a obtener datos generales de cada uno de los integrantes de la familia, historia matrimonial, de separación, influencia de otras personas respecto a este proceso, soluciones intentadas ante el problema, sentimientos acerca de la pareja, así como el cuidado y futuro de los hijos. Debe aclararse que en la tercera sesión se trabajó con la paciente respecto a su sentir en el proceso de divorcio de los padres.

DATOS GENERALES

Es importante mencionar se decidió mantener el anonimato de los miembros de la familia por lo que se optó por el cambio de nombres.

INSTITUCIÓN: "Hospital Psiquiátrico Infantil"

Fecha de inicio 28 enero del 2002

Fecha de término 14 de febrero del 2002

Diana

P.I (Paciente Identificada)

7 años

Fecha de nacimiento: 15 de Agosto de 1994

Padre

Manuel

42 años

P.D. (PACIENTE Detecta)

Madre

Margoth

40 años

Hermano

Dario

12 años

Hermano

Dionisio

8 años

SÍNTESIS DEL PROBLEMA ATENDIDO

P. I. de siete años de edad es atendida en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr."Juan N. Navarro" , por ideas suicidas, y por depresión de la P. D. la cual fue canalizada a Trabajo Social para atención y orientación ante el problema que obstaculiza cambios favorables en la paciente.


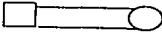

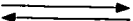






ANTECEDENTES DEL CASO

Después de la separación de los padres, la paciente manifestó una depresión misma que se concibe en una subestima, una muestra verbal de ello es "pedía a su madre que la matara" (sic). Madre *. El padecimiento inicia hace dos años, el factor aparente es la separación de los padres, ingresa al hospital el 21 de Abril de 2001. Una vez llevada acabo la valoración es canalizada a un CAV (Clínica de Atención Vespertina), donde la ayudarán a controlar sentimientos y emociones. Cuando la usuaria solicita ayuda al hospital es referida por el medico tratante de la menor al departamento de Trabajo Social, en atención necesaria para ella en relación con la paciente en lo referente al proceso de divorcio y su afecto en el estado emocional que repercute en la familia.

* Este comentario se refiere a que P. I. a raíz de la separación de sus padres escuchaba a P. D. decir que se sentía muy triste y que quería morirse, tantas veces lo repitió P. D. frente P. I. que copio la frase, por lo que P. D. acepta sentirse culpable de las palabras y comportamiento de P. I.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

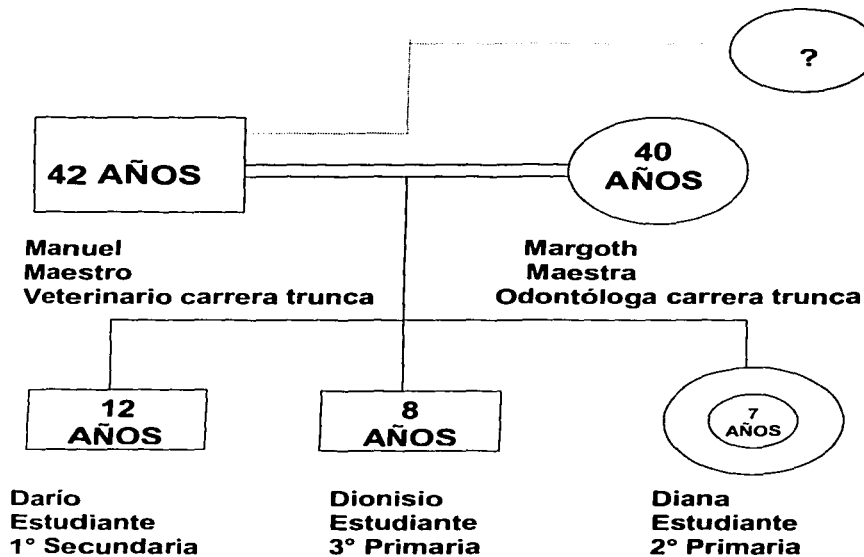
SIMBOLOGIA DEL FAMILIOGRAMA

	Mujer		Casados por las dos leyes
	Hombre		Enlace moderado
	P.I.		Enlace intenso
	Conviven en el mismo lugar		Divorcio
	Intersección		Relaciones Conflictivas

FAMILIOGRAMA

FAMILIA DE LA P.I. (DIANA)

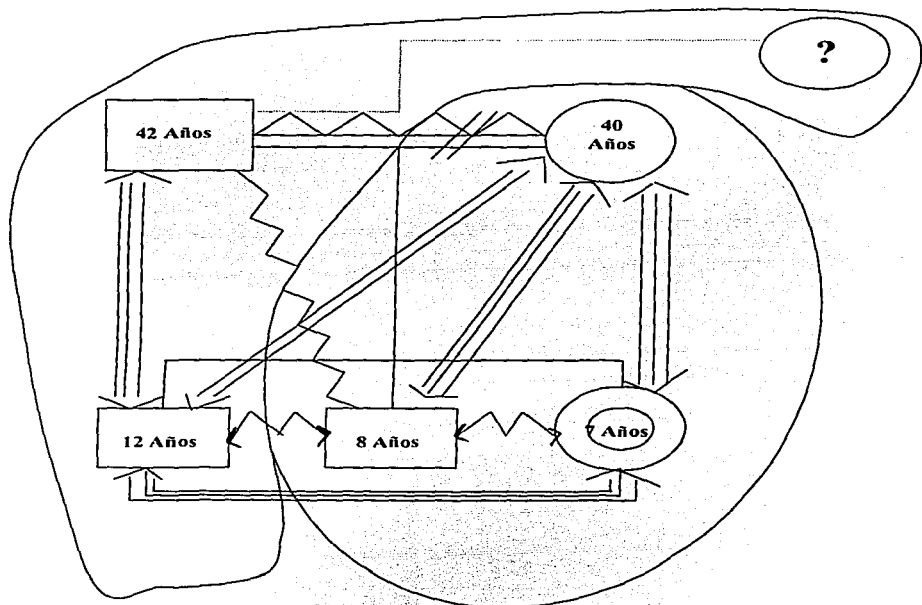
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



FAMILIOGRAMA

FAMILIA DE LA P. I. (DIANA)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



* El familiograma esta basado en la teoria de conjuntos ya que existe una intersección en la familia dado que los padres comparten tiempo con los hijos, en diferentes momentos según acuerdo con los padres. (un fin de semana para cada padre con los tres hijos)

La representación, pertenece a la familia de Diana (P.I.), se aprecia que existe una conflictiva relación entre los cónyuges, a decir de los hijos (P.D.) comparte el hogar con sus dos hijos menores, Diana (P.I.) y Dionisio (hermano intermedio), donde las relaciones afectivas son "buenas" según lo menciona la madre (P.D.) en lo referente a al padre vive en la misma casa con Darío (hermano mayor) de la (P.I.) y su actual pareja. Referente a las relaciones afectivas en el sistema filial entre Darío (hermano mayor) y la (P.I.) Diana existe una positiva relación aunque ambos hermanos conflictúan con Dionisio (hermano intermedio). En el sistema parental la (P.D.) lleva una positiva relación con el hermano intermedio y la (P.I.) pero debido a la distancia existen problemas con el hermano mayor, a su vez el padre, también lleva una positiva relación con sus tres hijos, pero es un tanto intolerante con el hijo intermedio por su comportamiento hiperactivo .El familiograma presenta una intersección la cual se debe a que comparten el tiempo con los hijos.

ANTECEDENTES MORBIDOS DE LA PACIENTE IDENTIFICADA P.I. (DIANA).

La paciente ingresa al hospital por que menciona se quiere morir y la pide a su madre lo haga por ella, tal situación dice la madre (P.D.) de la paciente (P.I.) se presentó hace un año tres meses, por lo cual toma la decisión de traerla al hospital para realizarle una valoración, respecto a su autoestima y agresividad hacia su madre y hermano intermedio, así como el hecho de que se esta tornando mentirosa según lo menciona la madre.

Inicia el padecimiento hace dos años, el factor aparente la separación de sus padres, por lo cual después de la valoración se sugiere se incorpore la paciente a un CAV (Clínica de Atención Vespertina), la cual le ayudará a controlar sentimientos y emociones. La P.D. menciona tener algunos problemas para marcar límites y normas a sus tres hijos, (P.D.) menciona haber empleado diversas formas para ser obedecida, pero ninguno le ha dado resultado, la PD se describe como una persona agresiva la cual pierde con facilidad la paciencia y en muchas ocasiones ha gritado y golpeado, respecto de la paciente la madre (P.D.) menciona que es mentirosa irritable, impulsiva e inquieta; la paciente pelea mucho con el hermano intermedio por lo cual la PD decidió que ambos tomaran alguna actividad recreativa la cual les permitiera ocupar su tiempo libre, (P.D.) por su parte acude a un psiquiátrico de adultos para superar el proceso de duelo por divorcio.

FASE DE CONTACTO

- **VALORACION**

Paciente identificado: Diana B. S. 7 años

Paciente Detectada: Margoth S. T. 40 años

Medico adscrito responsable: Dr. Díaz Pichardo. DX "Trastorno Depresivo Recurrente"

Psicóloga adscrita responsable: Dra. Lidia Castro. DX "No referido"

Trabajadora Social responsable: Pasante Guadalupe García Zárate. DX "Subsistema Conyugal con rasgos disfuncionales debido a un duelo no resuelto por la desintegración"

Supervisora del caso practico :Lic. Claudia Cecilia López Olmedo

Motivo: Idea suicida debido a divorcio de los cónyuges según lo refiere la madre.

Antecedentes mórbidos: A partir de 2 años atrás la menor presenta ideación suicida y se viene atendiendo en el hospital a partir del 28 de Abril de 2001 con mejoría relativa.

Metodología:

- Intervención individualizada en 6 sesiones planeadas.
- Observación, entrevista y orientación.
- Revisión bibliografica referente a temas como divorcio, depresión, suicidio y comunicación familiar respecto a limites y manejo de autoridad.
- Supervisión antes y después de cada sesión.
- Instrumento como la grabadora.

Objetivo: Orientación a la usuaria respecto a las consecuencias del divorcio en el estado emocional de los hijos.

DINAMICA FAMILIAR ENFOCADA AL DSM – IV EJE IV (VOLKERS-LOPEZ HOSPITAL PSIQUIATRICO IFANTIL)

1. Problemas relativos a la familia grupo primario
 - Duelo por fallecimiento extravió, separación o ausencia de un ser querido

En el caso de la familia de Diana según lo manifiesta la usuaria se evidencia en la paciente con tendencia a la "agresión ", "mentira" o "hipersensibilidad emocional".

2. Problemas por separación divorcio o abandono de la pareja.

Con respecto a la usuaria la subestima se manifiesta en: tristeza, soledad déficit en el ejercicio de la autoridad, involucración de sus sentimientos de malestar involucrados en la corrección de la conducta de los hijos podría provocar un maltrato psicológico en ellos.

3. Existencia de roles disfuncionales (idiosincráticos periféricos)

La figura paterna es concebida por la madre como una figura en la que no esta involucrada afectivamente con Dionisio y Diana aunque instrumentalmente cumple con ello, lo cual indica que Manuel es un padre periférico instrumentalmente.

4. Existencia de límites caóticos o rígidos (autoridad difusa).

La figura materna suele ejercer los límites para corregir la conducta sin embargo los sentimientos de afecto no están involucrados.

5. Maltrato infantil (por abandono físico y/o emocional).

Las figuras paternas coinciden en proveer a los hijos instrumentalmente pero afectivamente se detecta que hay distanciamiento.

6. Problemas por adulterio, amasiato, relaciones fortuitas, concubinato, incesto o bigamia.

La usuaria refiere que dentro de la relación conyugal Manuel (padre de la paciente) lleva una relación extramarital por lo cual se separaron.

7. Problemas por mecanismos atoradores (sentimiento excesivo de culpa, miedo, soledad, etc.)

Tanto la usuaria como la paciente a raíz de la separación de la pareja-padre han experimentado sentimientos de tristeza, soledad y abandono.

8. problemas relativos a la enseñanza

- Problemas de conducta

Según lo refiere la usuaria la paciente presentó agresiones físicas y verbales hacia sus compañeros de aula.

DINAMICA FAMILIAR

Después de un matrimonio con 12 años de duración, la PD menciona que su pareja jamás colaboró en labores domésticas y educativas puesto que sólo se asumía como proveedor económico, ella lo describe como una persona "agresiva", sobre todo cuando se encuentra en estado etílico. Antes del divorcio llegaban a discutir, pero básicamente era por la sospecha de infidelidad, hasta que luego se comprobó porque al desintegrarse el matrimonio el Sr., ya tenía un plan de pareja con quien actualmente vive. Asimismo, luego del divorcio, le hijo mayor quiso irse a vivir con su padre y su nueva pareja, lo cual la P.D. dice que le dolió mucho. Pero, la P.D. actualmente ella vive con sus dos hijos menores, con los cuales menciona se lleva "bien", pero le cuesta trabajo le obedezcan, respecto al hijo mayor se lleva bien pero es muy cambiante ya que el padre influye demasiado sobre él puesto que ambos comparten el mismo techo en compañía de la actual pareja de su padre. El padre mantiene una "buena" relación con el hijo mayor y con la paciente pero se altera mucho con el hijo intermedio al igual que sus hermanos, entre la pareja no existe ya ninguna afinidad y cuando tienen que reunirse existen conflictos.

Después de la separación, la madre, es decir, la P.D., comenzó a sumirse en una depresión, al mismo tiempo en que ella refiere soñar despierta que su esposo vuelve y que inician nuevamente la relación; sus estados de ánimo van desde el enojo excesivo por sentirse abandonada, lo cual hace que los límites que establece para con sus hijos sean con agresión, y por otro lado, llega al "desgano", al no querer hacer nada, pero a diferencia del enojo, aquí no manifiesta a sus hijos el deseo de verse acompañada por ellos, mucho menos abrazarlos o besarlos.

El padre cuando ve a sus hijos Dionisio y Diana, a veces llegan a discutir por sus necesidades de compañía, paseos o económicas, pero no han expresado abiertamente sus necesidades afectivas, tanto de un lado como del otro.

DIAGNOSTICO INICIAL

Paciente femenina de 7 años, tercera gesta de un total de 3, aparentemente planeada y deseada por ambos padres según lo refiere la historia clínica.

En la historia familiar de la familia de origen de la P.I., ella es la menor de tres gestas; así que a nivel de subsistema fraternal, donde las relaciones de la P.I. con el hermano mayor son "positivas", pero, con el hermano intermedio tanto la P.I., y el hermano mayor muestran reacción conflictivas cuando se reúnen.

En el subsistema conyugal, los padres llevaron un matrimonio por 12 años en los cuales el padre sólo se asumía como proveedor económico, mientras que la figura materna ejerce el rol de organizadora del hogar, educación informal de los hijos y el mantenimiento de espacio vital. La comunicación se daba en escaladas asimétricas, anteriormente al divorcio, y al respecto, es por ello que la PD considera al Sr. Manuel (padre de la P.I.), como alguien que actúa agresivamente cuando está alcoholizado sobre todo; pero el motivo que desintegra al subsistema es la existencia de un tercero que conformaba el triángulo marital encubierto.

El sistema vivenció un duelo por divorcio, mismo que afectó parentalmente y lo desarticula cuando lo los dos hijos menores quedan bajo la custodia materna, y el primogénito con la figura paterna. La reestructuración del sistema familiar vía paterna se da, mientras que la figura materna refiere no querer otro vínculo marital. El duelo para la P.D. lleva mayor tiempo que para el que fuera su esposo, los sentimientos de soledad la lleva a la depresión, y los mecanismos atoradores en la expresión abierta del malestar compartido hacia los hijos, hace que la P.I., se silencie también y conductualice sus emociones, y refiere ideas autodestructivas, conductas y actitudes maltratadoras hacia los hijos, como un síntoma del depósito de culpa no dismistificado, acerca de la imposibilidad que una mujer debe mantener una familia "feliz".

DIAGNOSTICO COMPACTADO INICIAL

Sistema familiar disfuncional por duelo no resuelto en la desintegración conyugal

HIPÓTESIS INICIAL

El duelo no resuelto en Diana P.I. por desintegración conyugal puede provocar a nivel de subsistema parental sentimientos de malestar encubiertos.

PRONOSTICO INICIAL

Se observa "buen pronóstico" considerando que existen en la P.D.: el compromiso abierto de ser constante, puntual y desafiarse a sí misma en los retos.

PLAN DE ACCION INICIAL

- Se contemplan 6 sesiones para investigación, asignación de tareas y aportes de la P.D.
- Se asigno por petición de la P.D. una sesión a la P.I. para saber como percibe la dinámica familiar y de ser necesario la continuidad de sus tratamiento con la psicóloga.
- Revisión bibliográfica referente a la problemática.
- Se contempla material didáctico de apoyo de ser necesario.

TRATAMIENTO INICIAL

TÉCNICAS:

- **Observación:** Sirvió para el análisis de actitud y aptitudes de la PD.
- **Entrevista:** Juego de preguntas y respuestas para la recolección de datos, las preguntas se plantearon de manera directa clara y comprensible. Se aplicó una técnica que consistió en fichas bibliográficas con frases que se debían completar como : ME DUELE... ME ENOJA... ME SIENTO... ME FALTA... ME ENTRISTECE.. entre otras.
- **Connotación positiva:** Se utilizó para destacar cualidades positivas de la PD.

SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

- Se realizó antes y después de cada sesión.
- La supervisión se realizó a través del instrumento de primer nivel.
- La supervisión se realizó a través de cuestionamientos sobre el caso por parte de la directora encargada del caso.

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Para este esquema de evaluación se tomó en cuenta la observación:

P.D.	TRABAJADORA SOCIAL		
• Nivel de apertura	• Nivel de conocimientos		
Confianza	SI NO	Identificación de técnicas	SI NO
Contenido	SI NO	Dominio de técnicas	SI NO
Fluidez	SI NO	Empatía	SI NO
		Voz cordial	SI NO
		Concentración	SI NO

Lo anterior muestra que es una evaluación cualitativa en la cual se hace resaltar que fue favorable ya que se obtuvo información que aporó la P.D. pero el tiempo no fue suficiente por lo cual se determinó se diera seguimiento individualizado por Trabajo Social a fin de dar continuidad al tratamiento .

PROCESO DE INTERVENCIÓN

Tomando en cuenta la hipótesis inicial: El duelo no resuelto en la P.I. por desintegración conyugal puede provocar a nivel de subsistema parental síntoma de malestar emocional que con lleva a la Depresión infantil, determina el siguiente objetivo: Orientar a la P.D. a la aceptación de proceso de duelo por divorcio a fin de aminorar conflictos emocionales en los hijos, y por tanto, el nivel de Depresión en la P.I.

A continuación se citan de manera breve notas de intervención en las sesiones subsiguientes:

- Nota aclaratoria: Antes de iniciar la primer sesión se realizó la previa revisión del expediente así como asesoramiento previo a cada sesión a cargo del supervisor.

28 / Enero / 2002

1° Sesión

La entrevista se llevó a cabo en el hospital, se cita a la PD a las 5:00 p.m., su llegada fue 4:45 p.m. se trabaja en compañía de la PD sobre la confrontación de lo investigado en el expediente y datos adicionales que aporó para próximas sesiones.

Se acuerda trabajar los días lunes y jueves, se asigna la primer tarea la cual consiste en que la usuaria deberá analizar como fue su relación desde el noviazgo hasta el matrimonio, se cita el próximo jueves a las 5:00 p.m.

31/Enero/2002

2° Sesión

Se trabaja en compañía de la P.D. en lo referente a la tarea asignada, se observa la puntualidad de la misma puesto que llegó 15 minutos antes de lo acordado, dispuesta a iniciar lo planeado en la sesión, la PD relata como fue su noviazgo y su relación conyugal, se nota triste y confundida. Ella expresa que fue un noviazgo "bonito" pero en su relación conyugal ninguno de los dos supo llevar la relación, en esta ocasión ella se culpa por la separación, debido a su fuerte carácter ella refiere querer reiniciar su relación como pareja.

Se asigna la tarea a la P.D. deberá analizar cuáles fueron las cosas buenas y malas desde su punto de vista que tuvo la relación, deberá reflexionar si tiene que ver con el padecimiento de la paciente y si afecta a sus otros dos hijos, Margoth pide que acuda Diana con la T.S., para observar su comportamiento, se cita a las 5:00 p.m. el próximo lunes.

4/Febrero/2002

3° Sesión

Margoth llega en compañía de Diana en esta ocasión a las 5:00 p.m. y aunque la P.D. pidió se trabajara con la paciente, retoma la tarea de la sesión anterior y remarca que dio lo mejor de ella como pareja, pero que Manuel la humillaba mucho por lo que ella colérica correspondía a sus agresiones, reconoce haber sacado a sus hijos adelante a pesar de sentir mucha tristeza y a su vez acepta exigirse mucho ella y a sus hijos, siente que su tristeza llevo a Diana a adoptar tal conducta, atribuye su estado de depresión al hecho de no asumir su papel como autoridad ante sus hijos, ella menciona querer recuperar al hijo mayor pero no sabe como hacerlo. Se intenta no mezclar a Diana en la plática por lo cual se pide realice un dibujo de la familia y explique el sentir de ese dibujo, para análisis posterior de su sentir respecto al duelo, se proporciona a la P.I. hojas y colores además se pide explique el dibujo como lo plasma ella, a la P.D. se otorga material bibliográfico para fijar límites y normas en los hijos y material de apoyo para aminorar la atención de la P.D. respecto a su tristeza. Se concluye la sesión remarcando puntos buenos de la usuaria y se le persuade a intentar superar todo lo que le molesta; próxima cita jueves 5:00 p.m.

7/Febrero/2002

4° Sesión

Como siempre la PD es muy puntual, en esta ocasión se observa a la PD con ánimo de cooperar y con disposición para la superación del duelo. Así la PD hace mención de haber leído el material y menciona que le fue de gran ayuda para ella respecto a sus hijos, la P.D. menciona dio lo mejor de sí, expresa sentir todavía tristeza por saber que su pareja se casara nuevamente, aún así quiere entregarse a su trabajo y a sus hijos por bien de ella y de los menores, en esta sesión ella expresa cosas del pasado para sentirse liberada y para no guardar sentimientos que la lastimen a ella y a sus hijos pero reconoce le falta mucho para superarlo, pero menciona no se rendirá. Se asigna material para fijación de límites en los menores y se pide se analice como se a sentido hasta el momento, se cita el próximo lunes a las 5:00 p.m.

11/Febrero/2002

5° Sesión

La P.D. llega muy puntual a la cita, en esta ocasión se da inicio con la revisión de la tarea, Margoth comenta se siente más tranquila y ha analizado sus actitudes y aptitudes a fin de reconocer que tomo a sus hijos para desahogar sus sentimientos, manifiesta sentirse mejor y que le ha ayudado mucho el hablar de lo que siente para confrontar lo que ella no había dicho y quiere a futuro algo mejor para ella y sus hijos, siente que Manuel manipula sus sentimientos a través de sus hijos y mencionó con alegría "no se caso mi esposo" (sic). PD, por lo que tratara de enfocarse en sus hijos, trabajo y escuela. Se pidió a la PD se visualicé a futuro con sus hijos; próxima cita jueves 5:00 p.m.

CIERRE

Para la terminación del proceso de intervención se tomó en cuenta la observación y el progreso que tuvo la P.D. en cada sesión.

1. Puntualidad
2. Por su constancia que demostró y cero ausencias en la citas programadas
3. Cumplimiento de las tareas por sesión.

OBSERVACIONES:

- | | | |
|---|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | PUNTUALIDAD | -En cada una de las citas programadas |
| 2 | CONSTANCIA | -Evidenciando cero ausencias en citas programadas |
| 3 | TAREAS | -En el cumplimiento de cada una de las tareas por sesión |
| 4 | IMAGEN CORPORAL | -Detectando en cada sesión su imagen iba mejorando (se observó que a medida que acudía a cada sesión su imagen presentación, aspecto e imagen mejoraron notablemente) |

MEDICION CUALITATIVA A TRAVEZ DE LA VENTANA DE JOHARI

A través de la entrevista tomando encuentra el contenido en el mensaje se midió la apertura es decir:

El que hablara de sí misma, respecto a la familia, se toma en cuenta la ventana de Johari esta modalidad es elegida para la evaluación ya que es gráficamente representativa. Para este caso además de la versión original se hizo una adaptación por la Licenciada Claudia López Olmedo (Apuntes de la evaluación individualizada del proceso grupal).

La ventana de Johari pretende ilustrar el proceso "dar y recibir", sirve de ayuda para formarnos una idea de muchos de nuestros comportamientos para hacer frente a nuestras dificultades en las relaciones interpersonales.



CONOCIDO POR EL YO
 DESCONOCIDO POR EL YO

CONOCIDO POR EL YO	NO CONOCIDO POR EL YO
<p style="text-align: center;">AREA LIBRE (VENTANA DEL EQUILIBRADO)</p> <p>El primer cuadrante (espacio superior izquierdo) es el único claro y libre. En el se encuentra las experiencias y los datos conocidos por las propias personas y por quienes lo rodean. Es un área que se caracteriza por el intercambio libre y abierto de informaciones entre el yo y los demás ejemplo nuestro modo de trabajar en cualquier actividad que desempeñamos, nuestra manera habitual de comportarnos .</p>	<p style="text-align: center;">AREA CIEGA (VENTANA VERVOREISTA)</p> <p>En la parte superior derecha hay una zona denominada "área ciega " que contiene informaciones respecto de nuestro "yo " que nos otros ignoramos pero que son conocidas por los demás. Es lo que nuestros amigos saben de nosotros más que lo que nos dicen ejemplo: Nuestra manera de actuar, nuestro, modo de hablar, nuestro estilo de relacionarnos, etc.</p>
<p style="text-align: center;">AREA OCULTA (VENTANA CUESTIONISTA)</p> <p>El espacio inferior izquierdo es decir el área oculta para los demás contiene informaciones que uno mismo sabe respecto de si pero que son desconocidas por los demás, lo que conocemos de nosotros mismos y que ocultamos a los demás.</p>	<p style="text-align: center;">AREA DESCONOCIDA (VENTANA TARDO)</p> <p>El cuadrante de la parte inferior derecha representa aquellos factores de nuestra personalidad de los que no somos concientes y que también son desconocidos para las demás personas que se relacionan con nosotros.</p>

Primera sesión.- Margoth hablo muy "poco" de si misma. Más bien estaba a a expectativa.

	A.D.

Segunda sesión.-La apertura mostró entre el área oculta y la ciega es decir entre la verborrea y el silencio el cual indica que hablaba solo de lo que quería hablar.

	A.C.
A.O.	

Tercera sesión.-En la tercera sesión la apertura se dio más al área oculta, en esta sesión cuestionaba la usuaria más acerca de su propia auto evaluación.

A.O.	

Cuarta sesión.-En esta sesión la tendencia es hacia el equilibrio ya que reflexiona aspectos de su conducta y los habla como respuesta a su separación.

A.L.	

**PROCESO CON
FALLA DE ORIGEN**

Quinta sesión.-Sigue la tendencia al equilibrio pero con algunas limitaciones.

A.L.	

CIERRE

Después de terminar las sesiones programadas se refirió a la P.D. atención individualizada para dar seguimiento.

DEVOLUCIÓN

A).- Aspecto físico- Su atuendo después de la segunda sesión fue en mejora pues ella dejó de lado las críticas que hacía Manuel.

B).- Aspecto profesional- Deseo de superarse día con día tanto en su trabajo como en sus estudios.

C).- Aspecto femenino- Al valorarse y aceptarse con sus virtudes y defectos.

D).- Aspecto materno- Se ocupó de que sus hijos acudan a su tratamiento para superar el proceso de duelo ayudado así a un óptimo desarrollo emocional.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Conocimientos, habilidades y destreza.	Observaciones
Manejo en general de las técnicas de entrevista.	Se utilizaron la mayoría de las técnicas de entrevista, falta adquirir habilidades para una mayor acertividad en la identificación de la técnica en el momento preciso.
Uso de conocimientos teóricos para la organización de la información.	No existe mucho problema considerando que se realizó la practica institucional en una institución de salud mental lo que facilito conocimientos sobre el área.
Uso de temas involucrados en la problemática de la familia .	La mayor parte de los temas involucrados se conocen; así como también tuvo que recurrirse a términos y temas psiquiátricos.
Manejo de bibliografía.	Existió dificultad pero gracias a las supervisiones se pudo conocer la información que se manejo para el caso.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La subcultura en algunas familias limitan un proceso de divorcio "saludable", es decir, donde exista aceptación del rompimiento de la individualidad del otro y el derecho al desarrollo personal. El divorcio es un proceso "difícil" en la dinámica familiar y a veces los hijos son los que terminan triangulados sobre todo en un divorcio no resuelto, es decir, rivalidad de los padres por la tutela de los hijos, actitudes vengativas, intromisión de familias de origen por dar algunos ejemplos ya que dicha experiencia deja secuelas indelebiles en el desarrolló emocional de los niños. Lo ideal es que un divorcio logre crear un ambiente seguro y propicio para que los niños puedan sentirse amados y respetados por sus padres desarrollando así una adecuada autoestima que les permita vivir y hacer frente a los problemas.

Las familias funcionales durante el proceso de divorcio comparten responsabilidades entre sí, estas deben plantearse claras y directas y crearle a los hijos un ambiente seguro y edificante a pesar de la separación solo entonces los hijos podrán recuperarse y sanar aquellos aspectos que aún puedan quedar, como podrían ser el miedo a soledad, la muerte de algunos de los padres, actitudes autodestructivas e ideas culpigenas entre otras.

La familia funcional debe proveer como sistema a cada individuo recursos favorables a fin de no afectar la dinámica familiar . Por el contrario el sistema disfuncional radica en la mayoría de los casos en la infancia dando como resultado que no existan acuerdos en la familia afectando física, emocional y mentalmente a cada uno de los integrantes creando así una codependencia. Así mismo la reproducción de conductas de los cónyuges debido al divorcio son reflejadas en los menores creando cambios indiscutibles en la estructura familiar, por ejemplo la insistencia de que cónyuges sigan juntos por bien de los hijos conlleva la destrucción familiar y emocional de los mismos puesto que solo ocultan miedos, angustias y sentimientos de culpa que depositan en los hijos lo cual desencadena síntomas de malestar que afectan la salud mental de los integrantes del sistema; por lo tanto los hijos ante tal proceso confunden sus sentimientos y manifiestan imaginariamente la idea de tener juntos a sus padres.

Lo anterior exige que exista un tratamiento eficaz que proporcione a la familia los recursos necesarios para hacer frente al proceso de duelo por divorcio. Esta intervención profesional debe darse en primera instancia con los padres considerando que ellos proporcionan la parte educadora en el desarrollo psicosocial de los menores, la intervención del Trabajador Social entra en la dinámica familiar a la hora de asistir, informar, orientar y en algunos casos sensibilizar a la familia. De esta manera la intervención profesional con la familia se orienta a mejorar no solo la calidad de vida del paciente sino del sistema familiar en su totalidad, así mismo se hizo saber que la enfermedad de un miembro de la familia repercute en las relaciones lo que a menudo ocasiona crisis que pueden llegar a una disfunción requiriendo de la intervención de un grupo interdisciplinario.

Como recomendación para la intervención con este tipo de casos sería la participación de toda la familia y no de un solo miembro como sucedió en este caso, de ello depende el logro de resultados y el encontrar juntos alternativas de solución para así decidir cual es la más viable. Salvador Minuchin menciona en su Modelo Estructural "se debe considerar al paciente identificado como un miembro de la familia que expresa del modo más visible un problema que afecta al sistema en su totalidad", esto debe garantizar que se reduzcan los índices de depresión emocional que traigan consigo ideas de suicidio e intentos de suicidio en menores lo cual indica existe mucho que hacer profesional dentro del área de salud mental y psiquiatría.

En cuanto a la intervención de Trabajo Social para el caso estudiado se recurrió a la ventana de Johari, sus cuadrantes permiten tener información importante acerca de lo que queda oculto no se detecta fácilmente o no se cuestiona y cuyos sentimientos se guardan hacia sí mismo, inducen a reconocer lo que puede estar "mal" y lo que es "favorable" en la persona que demanda la atención. Es una ventana de comunicación a través de la cual una persona da o recibe información sobre sí misma o sobre otras personas, la ventana de Johari es un elemento fundamental para la intervención del caso ya que permitió evidenciar los sentimientos de malestar de la P.D. con respecto a su divorcio.

Además se utilizaron otras técnicas como "juego de preguntas y repuestas" que facilitara la expresiones y emociones, se proporciono también material bibliográfico referente al tema de divorcio que contribuyo a fortalecer los recursos individuales que hicieran frente al problema.

La capacidad de intervención en proceso de divorcio requiere que el trabajador social se libere de perjuicios y prejuicios tabúes y miedos no razonados; y otras limitaciones derivadas de la subestima profesional, es importante recurrir a diversos métodos y técnicas de intervención que den un nuevo modelo para abordar procesos de divorcio y estados emocionales derivados del duelo. El Diplomado de Atención Social a la Familia aporto conocimientos y herramientas necesarias para la formación como profesional de ahí que permitan crear programas de prevención enfocados al "adecuado" desarrollo emocional infantil en el proceso de divorcio.

Es importante mencionar que dada la experiencia con el caso de divorcio y depresión infantil se requiere que el modulo denominado caso practico que pertenece al diplomado de Atención Social a la Familia este induzca al alumno a una capacitación dentro de la institución donde se realizara el caso practico que cuente con un mes de residencia, así la residencia académica asegurara la continuidad del caso no como un requisito profesional sino como una atención ética hacia el bienestar del usuario.

GLOSARIO

- Autoridad.-** Cualidad que ejercita en el campo de las opiniones y/o de las acciones y que permite convencer, persuadir o imponer sea a otros, ya sea por el poder legal (autoridad de derecho) o por medio del poder o don natural de hacerse obedecer (autoridad de hecho). De acuerdo Weber la autoridad tradicional se apoya en los sistemas de status y roles que se estabilizan a través del tiempo, expresados en procedimientos y reglas; la voluntad impuesta a los otros para hacerse obedecer, en otros casos es el ascendientes de que algunos se benefician gracias a su saber, a sus conocimientos y cualidades morales.
- Conducta.-** Conjunto de actividades posibles que un ser vivo despliega para lograr una mejor adaptación a las situaciones-estímulo que se presentan en el medio que lo rodea. El acto de comportamiento puede responder tanto a estímulos interiores como a requerimientos del mundo exterior.
- Depresión.-** Estado emocional de actividad psicofísica disminuida y desagradable sea normal o patológica. Para la manifestación normal se prefiere el término abatimiento. El uso patológico se refiere a un estado de ánimo de profunda desesperanza y una abrumadora sensación de insuficiencia o desmerecimiento.
- Disfunción.-** En general, cualquier alteración o anomalía en el funcionamiento modificación o trastorno de las actividades o funciones normales de un órgano, un organismo o un sistema. La perturbación puede ser por exceso (hiperfunción), por defecto (hipofunción) o por ausencia total de la función.
- Distimia.-** Decaimiento del ánimo que suele presentarse en los estados depresivos. Tristeza con más o menos ansiedad; melancolía, exageración morbosa del estado afectivo, en sentido de exaltación o depresión.
- Divorcio.-** De acuerdo con la legislación mexicana, disolución legal del matrimonio que deja a los cónyuges en aptitud de contraer otro (artículos 266 a 291) del código civil para el Distrito Federal.

- Duelo.-** Según la definición de Bolwby, se trata del conjunto de procesos psicológicos puestos en marcha por la pérdida del objeto amado, que desemboca, en general en la renuncia del sujeto a ese objeto. El trabajo de duelo se acompaña de una identificación con el objeto perdido; en bastantes aspectos se relaciona con la depresión.
- Elo.-** Desde un punto de vista genético, el Elo es la instancia más primitiva, más elemental, más infantil, en una palabra, de la psique. "su contenido —escribe Freud— comprende todo lo que el ser aporta al nacer; todo lo que ha sido constitucionalmente determinado, por lo tanto, el Elo está dirigido en esencia por el principio del placer tiende a la búsqueda de una satisfacción inmediata, sin apercepción de sus consecuencias.
- Entrevista.-** Uno de los procedimientos más empleados en Trabajo Social aunque con técnica profesional se usen otras tareas; el psiquiatra, el psicoterapeuta, médico, sacerdote, periodista, se sirven de ella para sus diversos fines, para informar, educar, orientar, motivar, etc. Conforme al propósito profesional que se persigue.
- Equilibrio.-** Mantenimiento de la estabilidad en un sistema; los cambios producidos dentro del sistema mismo o las perturbaciones provenientes de afuera son compensados. En consecuencia el equilibrio implica simplemente la regularidad relativa de un sistema, situación o estructura durante un período determinado.
- Escultura Familiar.-** La escultura familiar es un instrumento diagnóstico y una técnica terapéutica con los cuales se puede visualizar y experimentar especial y concretamente las configuraciones relacionales de la familia.
- Funcional.-** Referente a trastornos psíquicos u orgánicos cuyas causas no puede referirse a lesiones localizadas del sistema nervioso. Forma especial de responsabilidad que constituye la acción normal o característica de cualquier parte de la estructura total.
- Idea Suicida.-** Entendiéndola como las conductas observadas relacionadas con una inclinación o disposición a realizar un acto para acabar con la vida, pero sin que este se haya llevado aún.

- Infancia.-** Primer periodo de la vida postnatal que precede a la adquisición del lenguaje oral verbal articulado. Según éste criterio pueden distinguirse cuatro periodos sucesivos: 1) Primera infancia.- desde el nacimiento hasta los tres años 2) Segunda Infancia.- de los tres a los seis-siete años 'periodo preescolar' 3) Tercera Infancia.- de los siete a los 12-13 años 'periodo escolar' 4) Adolescencia en Sentido Amplio de los 13 a los 18 años.
- Intento de Suicidio.-** Son las situaciones en las que el sujeto lleva a cabo actos autodestructivos reales o aparentes con la intención de quitarse la vida o dar esa impresión a los demás.
- Límites.-** Los límites o fronteras familiares internos son reconocibles por las diferentes reglas de la conducta aplicable a los distintos subsistemas familiares. Las reglas que se aplican a la conducta de los padres (subsistema parental) suelen diferir de las que se aplican a la conducta de los hijos (subsistema filial). Los límites entran en la familia y el ambiente externo son determinados por la diferencia en la conducta interaccional que los miembros de la familia manifiestan hacia otros miembros de la familia y personas ajenas.
- Menor.-** Que comporta menos cantidad de edad, persona que aún no ha cumplido los 18 años se considera circunstancia atenuante de la responsabilidad penal
- Observación.-** Procedimiento que utilizamos en nuestra vida cotidiana para adquirir conocimientos. Para la ciencia experimental, entendiendo la observación en su sentido amplio, es su base y su punto de partida. Desde el punto de vista de las técnicas de investigación es considerada como uno de los procedimientos para la recolección de datos, consiste en utilizar los sentidos de investigador para observar los hechos y realidades sociales presentes, y a la gente en el contexto real.
- Sondeo.-** Conjunto de operaciones realizadas a través de una encuesta entre elementos representativos que tienen por objeto obtener una idea de la opinión que tiene el conjunto de la población sobre un tema determinado.

BIBLIOGRAFIA

Ander Egg Ezequiel. "DICCIONARIO DEL TRABAJADOR SOCIAL". Ed. El Ateneo S.A., Barcelona, España, 1982.

André Virel. "VOCABULARIO DE LAS PSICOTERAPIAS". Ed. Gedisa, Barcelona, España, 1977.

Bateson G. "PASOS HACIA UNA ECOLOGÍA DE LA MENTE". Ed. Paidós, Argentina, 1997.

Brad Shaw Jhon "LA FAMILIA" Ed. Selector, México, 2000

"DICCIONARIO DE PSIQUIATRIA". Ed. Jims S.A., Barcelona, España, 1995

Estrada Inda Lauro. "EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA". Ed. Posada, México, 1991.

F. B. Simon, H. Stierlin. "VOCABULARIO DE TERAPIA FAMILIAR". Ed. Gedisa, Buenos Aires, Argentina, 1988.

Gigch Van P. "TEORIA GENERAL DE SISTEMAS APLICADA". Ed. McGraw-Hill, Madrid, España, 1996.

Grose M. "NIÑOS FELICES, COMO CONSEGUIR QUE SU HIJO CREZCA SANO Y FELIZ". Ed. Ontro, Barcelona, España, 2000.

Hudson W. Y Weiner M. "EN BUSCA DE SOLUCIONES, UN NUEVO ENFOQUE EN PSICOTERAPIA". Ed. Paidós, Barcelona, España, 1990.

Jackson D. D. "COMUNICACION FAMILIAR Y MATRIMONIO". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1992.

John M. Cleghorn y Betty Lou Lee. "ENFERMEDADES MENTALES". Ed. Manual Moderno, México, 2000.

María Martina Casollo y Pablo Daniel Boñaldi. "COMPORTAMIENTO SUICIDAS EN LA ADOLESCENCIA, MORIR ANTES DE LA MUERTE". Ed. Lugar editorial, Buenos Aires, Argentina 2000.

Satir Virginia "NUEVAS RELACIONES HUMANAS EN EL NÚCLEO FAMILIAR" Ed. Pax, México, 1989.

ANEXOS



NOTAS DE TRABAJO SOCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
NUMERO DE REGISTRO: _____
SERVICIO: _____
RESPONSABLE: _____

MEXICO, D.F. A

TRABAJA CON
FAMILIA DE ORIGEN

**ESTUDIO DE PRIMER NIVEL
DE TRABAJO SOCIAL**

Nº REGISTRO: _____

FECHA: _____

CLAVE: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ TEL: _____

OTIVO DE CONSULTA:

TRABAJO CON
FAMILIA DE ORIGEN

NOTA: REGISTRAR A LOS FAMILIARES O PERSONAS QUE VIVEN CON EL PACIENTE

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL

066

OCUPACION	EGRESO O APORTACION AL HOGAR MENSUAL	TIPO DE VIVIENDA	LOCALIZACION DEL DOMICILIO
		PLANEADA	URBANO
		IMPROVISADA	SEMI-URBANO
		EGRESO MENSUAL	RURAL
		ALIMENTACION	
		RENTA O PREDIO	
		AGUA	
		LUZ	
		COMBUSTIBLE	
		TELEFONO	
		PASAJES	
		OTROS	

PERSONA CON FALLA DE ORIGEN

TOTAL \$ _____
 INGRESO AL HOGAR _____
 SALDO \$ _____
 TOTAL _____

FAMILIOGRAMA: Registro familiar nuclear, incluyendo otros familiares si es necesario, siempre y cuando vivan con la familia, agregando líneas de relación (+ y -), así como pacientes identificados.

DINAMICA FAMILIAR: Relaciones de padres, padres con los hijos, pacientes con padres y hermanos comunicación roles, normas, manejo de autoridad y valores.

**CON
FALLA DE ORIGEN**

MENCIONE Relación del entrevistado con el paciente, según lo observado en la entrevista.

OBSERVACIONES: Cómo vive la familia el problema y problemas sentidos, según el entrevistado.
Recursos de la Institución, Trabajo Social y de la familia.

IMPRESION DIAGNOSTICA:

RECIBO CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO UBICADO EN EL DSM-IV EJE IV APLICADO AL TRABAJO SOCIAL

(Derechos reservados por TS Wilson y CHS Chiriqui en Colombia en 1998)

1) PROBLEMAS RELATIVOS A LA FAMILIA O GRUPO PRIMARIO DEL P I

- Cuello por fallecimiento, divorcio, separación o al término de un fin de semana
- Antecedentes hereditarios (enfermedades congénitas o hereditarias)
- Problemas por separación, divorcio o abandono de la pareja
- Cambio de composición familiar por nacimiento o llegada de otro miembro a la familia
- Existencia de roles disfuncionales (roles rígidos, paterfamilias)
- Existencia de límites claros o nulos (autonomía, roles)
- Interferencia de los familiares de origen
- Maltrato al menor por abandono físico o emocional, por agresiones físicas y verbales
- Violencia intrafamiliar (conjugal, parental, fraternal o intergeneracional) violencia psicológica
- Problemas por acoso sexual, abusos, relaciones forzadas, incestuadas, incesto o pedofilia
- Abuso sexual y/o Violación (incesto, celofilia, acoso, estupro, seducción o promiscuidad)
- Padecimiento crónico o cronicodegenerativo (posttraumático, congénito o hereditario)
- Problemas por mecanismos de defensa (sentimientos excesivos de culpa, miedo, soledad)

2) PROBLEMAS RELATIVOS AL AMBIENTE SOCIAL

- Rechazo hacia el paciente o hacia la familia
- Desdoblamiento cultural (indígena)
- Discriminación (étnica, generacional, sexual, de roles, económica, otras)
- Conflictos con niños de la calle (grupo primario)
- Interferencia en Asociaciones de personas ("bandas", "tribus", "cliques", "grupos")
- Fanatismo religioso (de odio)
- Insalubridad pública (por falta de servicios públicos o por contaminación, otros)
- Conflictos con los vecinos (intolerancia, violencia, hostigamiento, abuso sexual, otros)

3) PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA (EDUCACIÓN) (COLEGIO) (ver Eje I)

- Bajo rendimiento escolar por deterioros sensoriales, psicológicos, físicos, otros
- Desmotivación del estudiante por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, límites y normas escolares, problemas de aprendizaje, otros
- Desmotivación del estudiante por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas de aprendizaje por deterioros sensoriales, psicológicos, físicos, otros

PROBLEMAS LABORALES

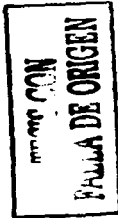
- Desempeño o desempeño por ausencia, despido, jubilación, problemas de aprendizaje, otros
- Trabajo estresante (por violencia laboral, alto riesgo, distancia, tiempo, presión, otros)
- Problemas de aprendizaje (problemas de aprendizaje, manipulaciones de maestros, entre otros)

PROBLEMAS DE CONVIVENCIA

- Sin casa por problemas de vivienda, problemas de aprendizaje, otros
- Problemas de convivencia por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas de convivencia por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas de convivencia por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas de convivencia por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas de convivencia por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas de convivencia por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros

PROBLEMAS ECONÓMICOS

- Problemas económicos por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas económicos por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas económicos por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas económicos por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas económicos por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas económicos por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros
- Problemas económicos por problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, otros



PROBLEMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA	Leve	Med	Grv
Servicios médicos inadecuados o insuficientes (cobertura, infraestructura y servicios)			
Diagnóstico erróneo (por cambio de especialista, desconocimiento del diagnóstico, otros)			
Tratamiento postergado (falta de recursos, otros)			
Desconocimiento del padecimiento y/o servicios institucionales			
Falta de recursos económico y/o humanos para hacer frente al padecimiento			
PROBLEMAS RELATIVOS A LA INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL O EL CRIMEN	Leve	Med	Grv
Formando parte de una asociación delictuosa ("bandas", "mafias", "sectas" o "narcos")			
Detención por infracciones (por robo, evasión de impuestos, delito viol. fraude, otro)			
Reclusión en centros de readaptación o penitenciarios (por fraude, peculado, otro)			
Libertad condicional (bajo fianza, sin fianza, otro)			
Denuncia por violencia intrafamiliar, homicidio, violación, robo, otro			
Desconocimiento de la situación y procedimiento legal			
Ordenada de divorcio (por abandono, violencia conyugal, incumplimiento legal y/o civil)			
Indefinición de la patria potestad, tutela, custodia, adopción, entre otros			
Incumplimiento de las determinaciones legales en el (los) caso(s) de			
Demanda a los servicios institucionales por negligencia, abuso de autoridad, soborno, etc			
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	Leve	Med	Grv
Consecuencia psicológicas por desastres naturales (perdidas humanas y materiales)			
Entrenamiento a hostilidades públicas (robo, asalto, violación, hostigamiento, homicidio)			
Confrontamientos nacionales o internacionales (revelaciones, guerras, guerrillas, invasión)			
OTROS ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN LOS ANTERIORES PUNTO	Leve	Med	Grv

ENCUENTRO CON
FALLA DE ORIGEN

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN NAVARRO"

ANUARIO ESTADISTICO 1999

División de Epidemiología
Clasificación CIE-10.



CODIGO	DESCRIPCION DE CLAVE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOT	POR
56	OTRAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PREI	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	100%
57	FACTOR PERINATAL DE RIESGO	11	0	1	2	1	1	1	0	1	3	2	1	30	100%
58	PROB. RELAC. CON MECOS NEGATIVOS EN LA NIÑEZ	100	8	3	12	8	15	13	5	5	3	5	100	100%	
59	PROB. RELAC. CON LA PERDIDA DE RELAC. AFECTIVA	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100%
60	PROB. RELAC. CON EVENTOS QUE LLEVARON A LA PERI	4	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	4	400%
61	PROB. RELAC. CON EL ABUSO SEXUAL DEL NIÑO	37	1	0	3	3	5	5	4	5	3	2	3	37	3700%
62	PROB. RELAC. CON EL ABUSO SEXUAL POR PERSONA A	51	7	3	7	5	3	7	6	5	1	2	5	51	5100%
63	PROBLEMAS RELACIONADOS CON ABUSO PSICO DEL M	5	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2	500%
64	PROB. RELAC. CON OTRAS EXPERIENCIAS NEGATIVAS	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	200%
65	OTROS PROBL. REL. CON EL PRIMARIO DE APOYO	35	1	4	1	3	1	4	1	1	0	0	0	3	100%
66	PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PARE	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	800%
67	PROBL. CON LA PAREJA O FAMILIARES POLITICOS	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	345%
68	PROB. RELACIONADOS CON EL APOYO FAMILIAR/MADE	9	1	1	0	1	2	1	1	0	0	2	0	9	3100%
69	PROB. RELAC. CON LA AUSENCIA DE ALGUN MIEMBRO P	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	800%
70	PROB. RELAC. CON LA MUERTE DESAP. DE ALGUN FAMIL	5	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5	1724%
71	PROB. RELAC. CON LA SEPARACION FAMILIAR	9	0	0	1	1	0	2	2	0	2	0	1	9	3100%
72	PROB. RELAC. CON OTRO TIPO DE ESTRES	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	345%
73	OTRO TIPO SUADA	30	3	3	3	6	8	6	3	0	1	0	0	30	100%
74	TOTAL	224	416	211	131	197	224	178	183	107	4	0	0	416	100%

División de Epidemiología
1999

División de Epidemiología

22/03/00

PROB. CON
FALLA DE ORIGEN



COD	DESCRIPCIÓN DE CLAVE	OT	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUNJ	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	PAR	GR
F22	EPISODIO DEPRESIVO	108	5		6	16		5	1	9	10		2	1		100%
F22.0	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	21	0		1	2		2	1	1	0		1	1		19.81%
F22.1	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	52	2	2	1	10		13	1	7	8	1	3	4	52	49.06%
F22.2	TS PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO	11	0	1	0	1		0	2	0	1	5	1	0	0	11.1038%
F22.3	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTIC	4	1	1	1	0		0	0	0	0	0	1	0	0	4.377%
F22.8	OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	1	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	1	0	1.094%
F22.9	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	17	2	2	3	3		1	0	0	1	3	1	1	0	17.1604%
F30	TS DEPRESIVO RECURRENTE	48	2	3	2	7		7	5	2	4	5	1	2	7	47.1%
F30.0	TS DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO LEVE	10	1	1	0	2		2	1	0	0	0	1	1	1	10.2083%
F30.1	TS DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO	21	0	1	2	4		5	2	1	1	1	1	3	0	21.4375%
F30.2	TS DEPRESIVO RECURRENTE, EPID DEPR. GRAVE	11	1	1	0	0		2	1	0	3	1	1	1	0	11.2292%
F30.3	TS DEPRESIVO RECURRENTE, EPIS DEPR. GRAVE CP	3	0	0	0	0		0	0	0	0	2	0	0	1	3.625%
F30.9	TS DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO	3	0	0	0	1		0	0	0	0	1	0	1	0	3.625%
F34	TS DEL HUMOR (AFECTIVO) PERSISTENTES	1	1	1	4	10		3	10	1	1	1	2	1	1	1.1%
F34.1	DISTAAA	69	1	10	4	10		3	10	7	1	4	1	5	13	69.9718%
F34.9	OTROS TS DEL HUMOR (AFECTIVO) PERSISTENTES	2	0	2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	2	2.62%
F39	TS PERSISTENTES DEL HUMOR, NO ESPECIFICADO	1	0	0	0	0		0	0	0	1	0	0	0	1	1.41%
F39.9	OTROS TS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	12	7	2	1	1		0	2	0	5	0	0	0	1	12.100%
F39.1	OTROS TS DEL HUMOR (AFECTIVO), RECURRENTES	2	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	1	2	16.67%
F39.9	OTROS TS DEL HUMOR (AFECTIVO) ESPECIFICADOS	10	6	2	1	1		0	0	0	0	0	0	0	10	83.33%
F40	TS DE ANSIEDAD	4	0	1	0	0		0	1	1	0	1	0	0	1	4.300%
F40.0	AGORAFOBIA	1	0	0	0	0		0	0	0	0	0	1	0	0	1.2500%
F40.2	FOBIAS ESPECIFICAS (AGUJAS)	3	0	1	0	0		0	1	1	0	0	0	0	3	75.00%
F40.9	OTROS TS DE ANSIEDAD	130	10	14	4	14		11	14	18	15	10	6	16	8	130.100%
F40.0	TS DE PANICO (MIG. EDAD PAROXISTICA EPISODICA)	4	0	0	1	0		0	1	0	1	0	0	0	1	4.294%
F40.1	TS DE ANSIEDAD GENERALIZADA	24	1	3	0	1		2	3	1	2	1	5	4	1	24.1765%
F40.2	TS MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	55	7	8	2	7		7	3	5	5	3	1	4	3	55.4044%
F40.3	OTROS TS DE ANSIEDAD MIXTOS	7	0	0	0	0		0	1	1	2	1	0	0	2	7.515%
F40.4	OTROS TS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	3	0	1	0	0		0	0	0	0	1	0	1	0	3.221%
F40.9	TS DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	43	2	2	1	6		2	6	1	5	4	3	10	1	43.3162%

División de Epidemiología

División de Epidemiología
220300

IMPRESO CON
MILLA DE ORIGEN

072



SERVICIOS DE SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

ANUARIO ESTADÍSTICO 2001

DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Clasificación CIE-10

Página 18/18

COD	DESCRIPCION DE CLAVE	TOT	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT	PARCIA	GLOBAL
Z02	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN DE LOS PADRES	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	14.29%	0.0%
Z02	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HOSTILIDAD Y REPLICACIÓN AL NIÑO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14.29%	0.0%
Z02	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABANDONO FUNCIONAL DEL NIÑO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	14.29%	0.0%
Z02	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INEFICIENCIA EN LA CRIANZA DEL NIÑO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	14.29%	0.0%
Z02	PROBLEMAS ESPECÍFICOS Y ACTUACIONES CON LA CRIANZA DEL NIÑO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	14.29%	0.0%
Z05	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL APOYO	6	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	6	100.00%	0.15%
Z05	PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O ESPOSA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.67%	0.0%
Z05	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL APOYO FAMILIAR EN LA CIUDAD	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	33.33%	0.05%
Z05	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA AUSENCIA DE ALGUN MIEMBRO FAMILIAR	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	16.67%	0.0%
Z05	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MUERTE (DESAP) FAMILIAR	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	33.33%	0.05%
Z05	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS DE LA VIDA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	100.00%	0.02%
Z05	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CONDUCTA SEXUAL DE ALTO RIESGO	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	100.00%	0.0%
Z05	HISTORIA PERSONAL DE FACTORES DE RIESGO	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	100.00%	0.0%
Z05	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CLASIFICACIÓN EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	100.00%	0.0%
Z05	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CLASIFICACIÓN EN OTRA PARTE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	100.00%	0.0%
TOTAL		4127	406	306	336	382	298	421	349	348	339	323	355	264	4127		100%

073

FALLA EN EL ORIGEN



SERVICIOS DE SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

ANUARIO ESTADISTICO 2000

DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA
Clasificación CIE-10

ID	DESCRIPCION DE ENFERMEDAD	TOT	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT	PARCIAL	GLOBAL	
1	TRASTORNO DEPRESIVO	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	100%	0.06%
2	TRASTORNO DEPRESIVO EPISODIACO	1	1												1	1	50.00%	0.03%
3	TRASTORNO DEPRESIVO EPISODIACO RECURRENTE	1						1							1	1	100%	0.03%
4	TRASTORNO BIPOLAR	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	100%	0.02%	
5	TRASTORNO BIPOLAR EPISODIACO RECURRENTE	2									1		1		2	66.67%	0.06%	
6	TRASTORNO BIPOLAR EPISODIACO CON MANIFIESTACION	1						1							1	33.33%	0.03%	
7	EPISODIO DEPRESIVO	276	19	17	20	21	31	30	50	22	22	22	15	9	276	100%	7.02%	
8	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	25	2	1	4		4	3	2	5	1	1		2	25	85.90%	0.70%	
9	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	126	13	11	12	12	14	16	22	4	4	8	8	5	126	46.04%	3.59%	
10	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	102	3	4	4	4	9	9	24	12	16	10	6	2	103	37.05%	2.9%	
11	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	15		1		4	4	3		1	1	3	1		18	64.7%	0.50%	
12	EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	4	1			1			2						4	144%	0.11%	
13	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE	89	2	2	5	12	6	10	8	8	10	5	5	10	89	100%	2.50%	
14	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO LEVE	10	1		1	1		4	1	1			1		10	112.4%	0.28%	
15	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO MODERADO	40	1	1		6	5	5	5	6	7	1		3	40	44.94%	1.12%	
16	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO GRAVE	29		1	4	5	1	6		3		3	2	2	29	32.56%	0.81%	
17	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	5						3		1			1	3	6	59.9%	0.27%	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

074



SERVICIOS DE SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

ANUARIO ESTADISTICO 2001

DIVISION DE EPIDEMIOLOGIA
Clasificación CIE-10

FOLIO 518

COD	DESCRIPCION DE CLAVE	TOT	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT	PARCIA GLOBAL	
F12.0	EPISODIO DEPRESIVO	180	16	13	20	20	13	18	24	11	8	10	15	10	180	100.0%	4.3%
F12.1	EPISODIO DEPRESIVO LEVE	31	3	0	0	0	2	4	4	3	1	2	4	2	31	17.2%	0.7%
F12.2	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	77	10	8	13	4	5	7	11	1	1	3	7	7	77	42.8%	1.8%
F12.3	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	55	4	5	6	6	5	5	4	6	4	5	4	1	55	30.56%	1.3%
F12.4	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	15	0	0	1	4	1	2	4	1	2	0	0	0	15	8.33%	0.36%
F12.5	MUCHOS EPISODIOS LEVES	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.56%	0.02%
F12.6	EPISODIO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.56%	0.02%
F13	DEPRESIVO RECURRENTE	276	6	5	20	31	30	43	38	24	20	13	25	21	276	100.0%	6.6%
F13.0	DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO LEVE	77	1	0	12	6	15	9	13	7	5	1	4	4	77	27.90%	1.8%
F13.1	DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO	84	1	2	4	8	5	15	12	8	5	3	9	12	84	30.43%	2.04%
F13.2	DEPRESIVO RECURRENTE, EPID DEPR GRAVE	90	4	2	3	13	9	14	10	6	8	7	10	4	90	32.61%	2.18%
F13.3	DEPRESIVO RECURRENTE, EPIS DEPR GRAVE	24	0	1	1	4	1	5	3	3	2	2	2	0	24	8.70%	0.58%
F13.4	MUCHOS EPISODIOS RECURRENTES	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.36%	0.02%
F13.5	DEPRESIVO RECURRENTE (ACTIVO) PERSONAS		15	12		1	16	5	8	8	10	9	11	16	129	100.00%	3.13%
F13.6	DEPRESIVO RECURRENTE (ACTIVO) PERSONAS		0	0		1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.78%	0.02%
F13.7	DEPRESIVO RECURRENTE (ACTIVO) PERSONAS		12	12		11	15	5	8	8	10	9	11	16	127	98.45%	3.08%
F13.8	MUCHOS EPISODIOS RECURRENTES (ACTIVO) PERSONAS	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.78%	0.02%

475

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

yo me voy a mi familia porque mi papá y mamá se divorciaron y en mis dibujos de mi familia porque es una parte de mis pensamientos que siento que toda mi familia está junta.

Ma familia.

Mi familia.

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

