

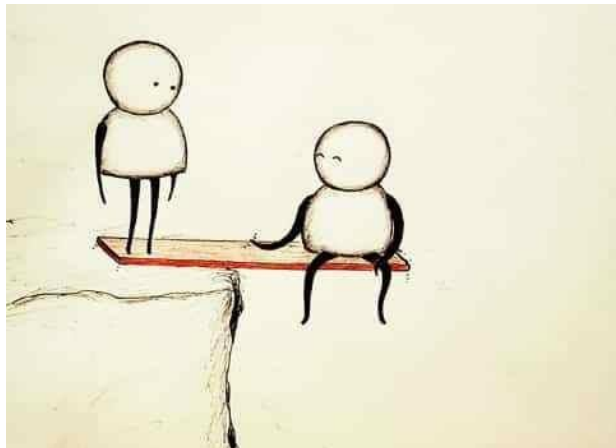


UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

 **Facultad de  
Psicología**  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# **Una mirada hacia el entorno de la persona con Depresión Mayor**

**TRABAJO FINAL DE GRADO**



**Autora: Rina Tamara Rodríguez Rolón**

**Tutora: Dra. Victoria Gradín**

*Montevideo, octubre de 2017*

# Índice

Índice .....	1
Agradecimientos .....	2
Resumen .....	3
Abstract.....	4
Introducción .....	6
1. Depresión .....	7
1.1 Prevalencia y factores epidemiológicos de la Depresión .....	8
1.2 Cómo se ven afectadas las habilidades sociales .....	9
1.3 Diagnóstico y tratamiento de la Depresión Mayor .....	10
2. La afección personal del cuidador de personas con problemas de salud en el ejercicio de su rol .....	11
2.1 Los roles de cuidado son en su mayoría ocupados por mujeres.....	13
2.2 El síndrome del cuidador .....	13
3. ¿De qué formas se ve desgastado el entorno inmediato de personas que sufren Depresión Mayor?.....	14
3.1 Impacto de la Depresión Mayor en la familia .....	15
3.2 Impacto en las relaciones maritales.....	18
3.3 Impacto de un padre o madre depresivo/a en los niños.....	22
4. Conclusiones .....	25
5. Bibliografía .....	27

## **Agradecimientos**

*La felicidad solo es real cuando se comparte*

Gracias a mi tutora Dra. Victoria Gradín por el gran apoyo y motivación que recibí en este trabajo y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A la Lic. Valentina Paz por estar a mi lado en este proceso, brindándome su tiempo y alentarme cuando más lo necesite.

A mi familia, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy y fomentar mi amor por la educación.

A mi abuela Ester por su apoyo incondicional.

A mi esposo Mathi que me sostuvo en los momentos más difíciles y transitó conmigo esta etapa de formación y crecimiento.

Gracias a todos por acompañarme y hacer esto posible.

## Resumen

La Depresión Mayor es un trastorno del estado de ánimo que ejerce un impacto no solo sobre quien lo padece sino también sobre su entorno inmediato.

La presente monografía tiene como objetivo revisar, analizar, sistematizar e integrar la literatura existente acerca de cómo se ve afectado el cuidador de una persona con Depresión Mayor, para así describir cuáles son las consecuencias que trae aparejado cuidar a una persona que se encuentra en dicha situación y cómo esto afecta la dimensión biopsicosocial del cuidador.

Realizaré una breve introducción definiendo la depresión, sus síntomas, las características del trastorno y su prevalencia.

A su vez, analizaré cómo se ven afectadas las habilidades sociales de la persona enferma, cómo se desarrolla el diagnóstico y los tipos de tratamientos existentes.

También indagaré sobre el «síndrome de cuidador» definido como el conjunto de factores que influyen directamente en la salud física, psicosocial y laboral de la persona que desempeña el rol de cuidador.

Por último, haré hincapié en el impacto que tiene la enfermedad en el entorno inmediato de las personas que sufren Depresión Mayor.

De esta revisión se puede contemplar, que la comunicación familiar se ve afectada, hay una sobrecarga de las tareas en los miembros de la familia. Los niños viven en una constante inestabilidad.

En suma la Depresión Mayor afecta directamente su entorno y a todas las personas que se encuentran en él. Es necesario contar con herramientas de intervención para los mismos, para prevenir daños en algunos casos irreparables.

Palabras clave: Depresión Mayor, cuidador, entorno.

## **Abstract**

Major depression is a mood disorder that has an impact not only on the sufferer but also on the immediate environment.

This monograph aims to review, analyze, systematize and integrate the theory about how being the caregiver of a person with major depression can affect your bio-psychosocial dimension.

Firstly I will make a brief introduction defining depression, its symptoms, the characteristics of the disorder and its prevalence.

At the same time, I am going to analyze how the social skills of the sick person are affected, how the diagnosis is developed and the types of treatments available.

I will also inquire about the "caregiver syndrome" defined as the set of factors that directly influence the physical, psychosocial and occupational health of the person who plays the caregiver role.

Finally, I will emphasize the impact of the disease on the immediate environment of people suffering from major depression.

From this review it can be seen that family communication is affected, there is an overload of tasks in the family members. Children live in constant instability.

In short, major depression affects directly its environment and all the people who are in it. It is necessary to have intervention tools for them, to prevent damages in some irreparable cases.

**Keywords:** Major Depression, caregiver burden, environment.

## Introducción

La presente monografía, en el marco del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, se propone reflexionar sobre el impacto que tiene en su entorno una persona que padece Depresión Mayor.

La lectura de distintos trabajos y el haber experimentado de cerca esta situación motivó mi interés por esta temática al constatar que la afectación sobre el entorno que rodea a dicha persona es directa y transformadora.

Sin embargo, la literatura acerca de este tema es limitada. Existen algunas estrategias de apoyo orientadas a brindar las herramientas a los individuos encargados del cuidado, aunque estos instrumentos no están al alcance de todos y la información es escasa.

En ese sentido, abordaré la relación existente entre los factores biológicos, psicológicos y ambientales involucrados en la Depresión Mayor y la relación con su cuidador principal y su entorno.

Como mencioné más arriba, existen múltiples investigaciones sobre el individuo que padece dicho trastorno, pero muy poco acerca de quiénes ejercen el rol de apoyo, cuidado y sostén. Considero pertinente realizar un trabajo acerca de este tema. A su vez creo que es relevante indagar la temática dado que los trastornos del humor en los últimos tiempos han tomado especial relevancia y se han trasladado a la cotidianidad, en particular aquel que compete a este trabajo por su alta prevalencia.

El objetivo de este trabajo, entonces, es comprender qué es la Depresión Mayor y ahondar en cómo esta afecta a los individuos de su entorno (amigos, cónyuges, hijos) y en particular, cómo afecta al cuidador principal.

## 1. Depresión

La palabra *depresión* proviene del latín «*depressio*», que significa opresión, encogimiento o abatimiento (Pérez & Gardey, 2012).

La Depresión Mayor se define como un trastorno del estado de ánimo y sus características principales son: ánimo triste o deprimido y la pérdida generalizada de interés o de placer (anhedonia) (DSM-IV, 1995).

Esta reacción depresiva inmoviliza a la persona, que se siente incapaz de juntar sus deseos y energías para continuar desarrollando sus actividades diarias; se siente defraudada. Es común que experimente un sentimiento de desesperanza y culpa mientras dura el episodio depresivo (Lowen, 1972).

El individuo está incómodo en cualquier lugar, afirma no encontrar espacio en ninguna parte, que no lo quieren, que ni siquiera se fijan en él (Chemama, 2006). Esto provoca un deterioro social en todas las áreas donde está inserto, teniendo como resultado el aislamiento social (Chemama, 2006). También experimenta pensamientos negativos que van acompañados de sentimientos de inutilidad y culpa, afirman sentirse «en un pozo» del que no encuentran salida (Pereira, Bohry & Rodrigues, 2011).

Padecen dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, lo que afecta directamente la relación con su entorno; también hay evidencia de un descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad (DSM-IV, 1995).

Una persona con Depresión Mayor puede experimentar irritabilidad, ira excesiva, muchas veces se daña a sí misma y los pensamientos sobre suicidio son recurrentes. También se ha detectado que puede tener síntomas de ansiedad.

Los síntomas vegetativos de la Depresión Mayor son: trastornos del sueño y actividad psicomotora como variación en el apetito y cambio en el peso, agitación o enlentecimientos psicomotores y sensación de cansancio la mayor parte del tiempo (DSM-IV, 1995).

Aunque es común experimentar situaciones de reveses en la vida, el diagnóstico de depresión mayor se formula cuando los síntomas duran dos semanas o más, aparecen la tristeza y la anhedonia como síntomas principales y deben estar acompañados de otros cuatro síntomas más nombrados anteriormente (DSM-IV, 1995).

## 1.1 Prevalencia y factores epidemiológicos de la Depresión.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Entre los años 2005 y 2015, y según datos de la Organización Mundial de la salud, la población afectada creció más del 18% (OMS, 2001). La Depresión Mayor es hoy en día una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial, ocupando el cuarto lugar en una lista de diez enfermedades prevalentes. Y se prevé que el número de personas afectadas por la depresión crecerá en los próximos veinte años (OMS, 2001).

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), se estima que en las Américas cerca de 50 millones de personas viven con depresión.

La Depresión Mayor puede comenzar a cualquier edad, sin embargo la edad promedio de inicio es de 30 años. La Depresión Mayor, tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones.

El riesgo de desarrollar Depresión Mayor varía en varones y mujeres siendo para ellas entre el 10% y 25% de la población y para ellos entre el 5% y 12% de la población mundial (DSM IV, 1995).

Niños y niñas hasta los 12 años se ven afectados en la misma medida (DSM VI, 1995). En las edades comprendidas entre 25 y 44 años las tasas de prevalencia suben tanto en mujeres como en varones.

Las tasas de prevalencia más bajas se pueden visualizar tanto en varones como en mujeres luego de los 65 años.

La OMS estima que de las personas que llegan a la emergencia de un hospital, una de cada cinco se ve afectada por la depresión y ansiedad (OMS, 2016).

En abril de 2016 la OMS realizó por primera vez un estudio donde estimaban los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en el tratamiento de las enfermedades mentales más frecuentes en el mundo. Descubrieron que cada US\$ 1 invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad, rendía US\$ 4 en mejora de la salud y la capacidad de trabajo. Por esta razón, se plantea aumentar la inversión en los tratamientos, principalmente en el asesoramiento psicosocial y los medicamentos antidepresivos, y aunque esta se calcula en US\$ 147 000 millones, los beneficios superan ampliamente los costos.



Se calcula que la mejora de los individuos en la participación y la productividad laboral en un 5% supone un beneficio de US\$ 399 000 millones y la mejora de la salud, otros US\$ 310 000 millones (OMS, 2016).

## **1.2 Cómo se ven afectadas las habilidades sociales.**

Actualmente existen estudios con un gran interés en investigar los sustratos neuronales del procesamiento de la información social en la Depresión Mayor (Gradin et al., 2015). Este trastorno puede perjudicar varias áreas del individuo, entre ellas, su posibilidad de funcionar en el trabajo o de hacer frente a la vida diaria, ya que impacta directamente en su capacidad de desenvolverse socialmente, afectando las relaciones interpersonales (Papakostas et al., 2003).

Billings, Cronkite & Moos (1983) realizaron un estudio donde indagaron la calidad de las relaciones sociales de las personas deprimidas. Estos autores establecieron que las personas con Depresión Mayor cuentan con menos recursos para establecer vínculos que las personas sanas; por ejemplo, hay una reducción en la identificación de las emociones de las demás personas, lo que impacta sobre sus relaciones interpersonales.

Estas dificultades afectan la capacidad de la persona con Depresión Mayor de desarrollar y cumplir roles socialmente determinados, provocando un deterioro social persistente (Kupferberg, Bicks & Hasler, 2016).

Las personas que padecen dicha enfermedad tienen dos o tres veces más posibilidades que una persona sana de desarrollar una discapacidad social, debido a que las relaciones sociales que establecen son inseguras, menos activas y más pobres (Ormel J. et al., 1999).

Se puede concebir esta pérdida en la habilidad social como uno de los síntomas que más discapacita al individuo que padece este trastorno, ya que las relaciones íntimas son deficientes y sus interacciones sociales poco satisfactorias (Papakostas et al., 2004).

Kupferberg et al. (2016) expresa que esta pérdida de habilidad social podría ser el resultado de una respuesta empática alterada (dificultad para ponerse en el lugar del otro) reduciendo la capacidad de llegar a soluciones eficaces frente a los problemas. Los sujetos con depresión mayor suelen mostrar respuestas poco adaptativas, esto se puede percibir en sus expresiones corporales y faciales.

La persona con Depresión Mayor experimenta miedo al rechazo que puede traducirse como una amenaza a la supervivencia, ya que se asocia a una evaluación

social negativa que dará como resultado la exclusión social (Kupferberg et al., 2016).

Los individuos que padecen esta enfermedad demandan un apoyo excesivo a sus familiares y amigos, quienes le proporcionan su apoyo pero el enfermo duda de la autenticidad del mismo. Esto tiene como consecuencia que los amigos y familiares tengan que estar reforzando constantemente que «están ahí» porque la persona es importante para ellos; pero al tener que dar prueba de esto de forma permanente, pueden llegar al punto de sentirse molestos y rechazar al enfermo (Kupferberg et al., 2016).

Los actuales modelos psicosociales de depresión otorgan un papel de suma importancia a los factores del estrés ambiental, sin embargo, es fundamental considerar las fuentes que generan estrés en el individuo para así poder caracterizar adecuadamente el contexto psicosocial de las personas deprimidas (Billings et al., 1983).

Existe un mejoramiento en la función psicosocial cuando los síntomas depresivos se ven reducidos, percibiendo así lo cual sugiere que la persona va adquiriendo la capacidad de establecer su redes de apoyo (Papakostas et al., 2004).

### **1.3 Diagnóstico y tratamiento de la Depresión Mayor.**

A lo largo del tiempo los tratamientos para la Depresión Mayor se han ido modificando. Hoy en día existen algunos relativamente eficaces que incluyen una gama de terapias psicológicas y medicamentos antidepressivos (The National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

El apoyo psicológico consta de varios dispositivos de abordaje, siendo dos de ellos los más utilizados: la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Psicoterapia Interpersonal.

La TCC se basa en la idea de que la forma en que pensamos algunas situaciones puede afectar directamente la forma en que nos sentimos y cómo nos comportamos ante una situación.

Esta terapia se enfoca en cómo los pensamientos, creencias y actitudes nos afectan brindando herramientas y enseñando habilidades de afrontamiento para lidiar con diferentes problemas. Combina la terapia cognitiva, que ayuda a las personas con depresión a tomar conciencia de los pensamientos negativos, con la terapia de la

conducta, que les brinda herramientas para reducir la tendencia a reaccionar ante ellos (Mind, the mental health, 2016).

Otro tratamiento utilizado es la Psicoterapia Interpersonal que se caracteriza por ser limitada en el tiempo y originalmente pensada para el tratamiento de la depresión. Se centra en los problemas psicosociales e interpersonales del enfermo o de la persona en demanda de tratamiento. Posee tres niveles de intervención: los síntomas, las relaciones sociales e interpersonales del paciente y sus conflictos explícitos (Heerlein, 2002).

También existen medicamentos antidepresivos que funcionan aumentando la actividad y los niveles de ciertas sustancias químicas en el cerebro como la noradrenalina y la serotonina que ayudan a mejorar el estado de ánimo de una persona (The National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Los antidepresivos más comunes son: los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), los tricíclicos (los primeros en desarrollarse en los años cincuenta) y por último los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (Mind, the mental health, 2016).

Según la organización The National Institute for Health and Care Excellence (2016) en la depresión leve el individuo puede mejorar con un tratamiento psicológico. En la depresión moderada lo puede hacer con un tratamiento psicológico, pero si este no es eficiente se puede agregar la toma de antidepresivos; mientras que en la depresión severa se debe utilizar un tratamiento psicológico y, a la vez, un tratamiento que incluya la toma de antidepresivos.

## **2. La afección personal del cuidador de personas con problemas de salud en el ejercicio de su rol.**

En el cuidado de personas con trastornos mentales, demencias y enfermedades físicas existe una persona encargada de ayudar a satisfacer las necesidades básicas del enfermo a quien se denomina cuidador principal. Este se caracteriza por ser quien que pasa más tiempo con el enfermo. Se ha demostrado que al transcurrir el tiempo cuidando al enfermo, el cuidador principal se ve afectado negativamente en todas las

áreas (biopsicosociales) ya que el papel de cuidado que desempeña y las responsabilidades que éste trae consigo se vuelven difíciles de soportar (Ferré-Grau et al., 2014).

En 2016 Carreño et al. (2016) realizaron un estudio donde proponen determinar el significado que se ha dado al concepto de «carga de la enfermedad» desde la perspectiva del individuo que brinda el cuidado. Este bien puede ser un familiar o pertenecer a un hospital, empresa o institución que brinde tales servicios.

Los autores llegan a la conclusión de que la carga en los cuidadores familiares se ve exteriorizada por sentimientos negativos como enojo, ansiedad, desesperanza, impotencia, frustración, prevaleciendo preocupación e incertidumbre por el futuro, ya que su vida se ve disminuida al restringir sus relaciones sociales y familiares.

Bonet & Roger (2008) examinan las repercusiones que ocasiona el hecho de cuidar a un enfermo en la vida del cuidador, que son bien significativas en cuatro planos vitales del individuo: físico y psicológica, plano cotidiano y laboral. Su artículo abarca diferentes tipos de patologías, desde enfermedades neurodegenerativas, discapacidades en niños, enfermos crónicos, terminales o con demencia, y en todas se demuestra la importancia del rol del cuidador.

Los autores afirman que cuidar a una persona puede provocar consecuencias como dolores de espalda, cansancio, alteraciones de sueño; su tiempo de ocio se ve disminuido y la vida familiar sufre un desequilibrio, al igual que la economía familiar y el trabajo.

En esta misma investigación hacen referencia a los sentimientos que les genera cuidar a un familiar dependiente: el 90,6% de los cuidadores consideran que es una obligación moral, el 78,9% afirman que esto los dignifica como personas, el 51% de los cuidadores declaran que no tienen otra opción que cuidar a la persona y el 47% sostiene que económicamente no pueden plantearse otra situación. El 21% de la población cuidadora afirma sentirse atrapada en un callejón sin salida y, en igual proporción, están quienes sienten que cuidar a esa persona es una «carga excesiva para ellos».

Family Caregiver Alliance (2002) realizó un artículo donde afirma que las personas que proporcionan cuidado, especialmente en las áreas de demencias y trastornos como el bipolar y el depresivo, son dos veces más propensas a sufrir depresión que personas que imparten el cuidado a sujetos sin demencia. Estos manifiestan tener problemas en sus empleos, mayor estrés personal, problemas de

salud física, insomnio, menos tiempo de ocio, tiempo reducido con su familia y amigos y aumento de conflictos familiares.

## **2.1 Los roles de cuidado son en su mayoría ocupados por mujeres.**

Velásquez, López, Barreto & Cataño (2016) aseguran que la mayoría de los cuidados familiares son impartidos por mujeres y así es concebido, social y culturalmente: se transmite de generación en generación, donde las madres les enseñan a sus hijas a ver este rol de cuidado como una obligación.

Solano & Vásquez (2014) realizaron un artículo donde examinan cómo abordar las representaciones sociales en el campo de la salud mental. Para esto realizaron entrevistas individuales y grupales teniendo en cuenta tres dimensiones de estudio fundamentales. La primera es la familia, la cual se halla en constante movimiento ya que los roles de las personas que la conforman pueden variar según las circunstancias, pero en los momentos de crisis o enfermedad los miembros comienzan a visualizar las fallas del tejido estructural familiar.

La segunda dimensión es la enfermedad mental, vista como un campo complejo en el que se ponen en juego el bienestar y malestar emocional, la salud, la enfermedad y las resistencias, y donde se le asigna al grupo familiar un lugar dentro del «equipo de los distintos».

La última dimensión del estudio fue dirigida a los sujetos encargados de brindar cuidados en el grupo familiar. Los autores concluyen que los papeles de cuidado se delegan por lo general a las mujeres y las mismas asumen este papel como una obligación y se sienten responsables por el enfermo, ellas se olvidan de sí mismas, entregándose por completo a la actividad, lo que las lleva a asumir múltiples cargas, además de seguir desempeñando las tareas del día a día. La soledad es un sentimiento predominante en esta labor. En el varón el papel de cuidado se puede concebir como algo optativo.

## **2.2 El síndrome del cuidador.**

Algunos autores como Pérez, Abanto & Labarta (1996) hacen mención en su estudio a un concepto interesante: el síndrome del cuidador. Se define como un conjunto de factores que influyen directamente en la salud física, psicosocial y laboral de la persona que desempeña el rol del cuidador, alterándola, provocando variaciones, entre ellas, la predisposición a cefaleas, insomnio, alteraciones del sueño, estrés, ansiedad, irritabilidad, temor a la enfermedad, sentimientos de culpa, aislamiento, abandono, soledad, pérdida del tiempo libre, bajo rendimiento, pérdida del puesto de trabajo.

La tarea de un cuidador familiar es constante y la mayoría de las veces desalentadora, requiere de un gran compromiso emocional diario y por largos intervalos de tiempo. Esto transforma a los cuidadores en un grupo que posee un alto riesgo de desarrollar trastornos mentales, constituyéndose en un sector de la población que requiere intervención médica, apoyo psicológico y un reforzamiento social (Sapouna et al., 2015).

### **3. ¿De qué formas se ve desgastado el entorno inmediato de personas que sufren Depresión Mayor?**

El título de este ítem ha sido la pregunta disparadora que da origen a esta monografía.

El rol del cuidador de personas en enfermedades como Alzheimer, cáncer y trastorno bipolar ha sido ampliamente estudiado y existe un gran número de investigaciones que hablan acerca del impacto de la enfermedad en el cuidador [Rivera, Hernandez & Cuevas (2015); Vargas (2012); Almeida, Leite & Hildebrandt (2009); Vargas & Pinto (2010); Expósito (2008); Moreira & Turrini (2011); Escobar-Ciro (2012); Pérez (2010); Holmgren et al (2005); Palacios & Jiménez (2008); Bedoya & Builes Correa (2013) y Gutiérrez, Martínez & Rodríguez (2013)].

Pero en lo que refiere a estudios del cuidador de personas con depresión se debe realizar una búsqueda más exhaustiva dado que el número de investigaciones es menor y sus enfoques no están plenamente orientados al entorno sino que realizan un breve señalamiento del mismo [Pezo, Akiko & Costa (2004); Dos Santos, M. (2009) y Sapouna, Dafermos, Vivilaki, Chatziarsenis, Aivaliotis, Bitsios & Lionis (2015)].

A continuación se desarrolla parte de lo abordado en estos relevamientos y otros estudios sobre el impacto que tiene una persona con Depresión Mayor sobre los integrantes de su entorno.

Cuidar a una persona que padece Depresión Mayor no es tarea fácil, el cuidador puede ser un familiar, amigo o una persona contratada para ejercer la función.

La enfermedad transforma aquellas áreas donde el individuo debe desenvolverse socialmente, lo que provoca que cuente con menos personas para apoyarse. Al ocurrir esto, el cuidador se transforma en una de las personas más importantes para el enfermo, volviéndose el soporte emocional y físico y esta dinámica lo afecta directamente (Pereira et al., 2011).

Uno de los principales factores de cambio cuando se convive con una persona depresiva son los sentimientos de enojo, impotencia, angustia y tristeza. En la mayoría de las ocasiones los cuidadores no están preparados para los cambios (Marques & Lopes, 2015). Existe evidencia de que la carga de cuidados para personas que lidian con enfermedades mentales tiene un impacto negativo en la salud física y mental del cuidador (Walton-Moss, Gerson & Rose, 2005).

Cuando comienzan a ejercer el rol de cuidador, aparece un sentimiento de inestabilidad debido a la incertidumbre de si lo que están haciendo está bien o mal (Marques & Lopes, 2012). A su vez, el desconocimiento de la enfermedad genera insatisfacción en el cuidador (Dos Santos, 2009). La comunicación entre el cuidador y su familia se caracteriza por ser negativa, ya que los conflictos aumentan, las interacciones familiares se ven disminuidas y hay un descenso en la intimidad de la pareja (Britt et al., 2012).

### **3.1 Impacto de la Depresión Mayor en la familia.**

Los trastornos mentales ejercen un impacto significativo en las familias y en las comunidades (Pezo, Akiko, Komura & Stefanelli, 2004). La Depresión Mayor es una enfermedad silenciosa que se filtra también en el entramado familiar sigilosamente, poniendo en peligro, muchas veces, la estabilidad del seno familiar, donde las relaciones entre los miembros se vuelven inseguras (Pereira et al., 2011), impactando en lo profundo de la estructura familiar (Walton-Moss et al., 2005). Esto provoca serios cambios no solo en el enfermo sino también en su entorno, alterando la dinámica personal, familiar y social de todos los miembros (Dos Santos, 2009).

La salud física y emocional de los miembros del círculo del enfermo ocupa un papel fundamental en su dinámica familiar (Pereira et al., 2011). Por lo tanto, ante cualquier variación en la salud de uno de los integrantes, todos los demás se verán afectados y la unidad familiar, como un todo, sufrirá alteraciones (Pereira et al., 2011).

Muscroft & Bowl (2000) sostienen que en las familias donde un miembro padece Depresión Mayor, se pueden identificar cuatro fases bien diferenciadas del proceso de aceptación de la enfermedad.

La primera fase se denomina *adquisición*, está representada por las primeras manifestaciones de los síntomas depresivos en el enfermo, se la podría renombrar como el periodo de pre-diagnóstico.

La segunda fase toma el nombre de *acomodación*, es el momento en el que la familia debe aceptar el diagnóstico y a la vez, enfrentar la idea de tener una persona enferma en su estructura familiar.

La tercera fase, la *adaptación*, se caracteriza por la priorización de las necesidades de los cuidadores y del enfermo.

Por último aparece la *apropiación* que corresponde a la concientización de los miembros de la familia de que la depresión será parte de ellos a partir de ahora, llevándolos a redefinir los roles desarrollados por cada uno hasta el momento.

Es necesario tener en cuenta cuál es el papel que desempeña cada integrante de la familia, su edad y su relación con la persona enferma (Dos Santos, 2009) ya que los sentimientos van a variar según el grado de afinidad que estos tengan con el enfermo. Cuanto más cercano al enfermo, más difícil es la aceptación de la enfermedad (Pezo et al., 2004). Muchos familiares viven la transición de su rol habitual al de cuidadores con un sentimiento de inestabilidad (Marques & Lopes, 2015). Estos cambios generan variados sentimientos nombrados anteriormente (Masques & Lopes, 2012), entre ellos, la culpa (Pezo et al., 2004).

En la mayoría de las ocasiones los cuidadores no están preparados para los cambios que trae aparejada la Depresión Mayor (Marques & Lopes, 2015).

En un estudio de Pezo et al. (2004) varias familias afirmaron que convivir con un familiar que transcurre por una Depresión Mayor les genera una predisposición al sentimiento de cólera. Todo esto demuestra que son muchas las emociones con las cuales tienen que convivir, es por eso que lo más sano es que cuenten con un apoyo psicológico donde puedan hablar y liberar estas emociones, para que las mismas no



destruyan sus lazos familiares con daños irreparables como puede ocurrir (Pezo et al., 2004).

Existen investigaciones donde se evidencia que la vida familiar en la convivencia con una persona con Depresión Mayor sufre transformaciones, al verse los roles familiares y las rutinas intensamente modificados (Pezo et al., 2004). El conjunto familiar experimenta una menor capacidad en la resolución de problemas y más dificultades incluso que las familias de pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar o enfermedades cardiovasculares (Gabor, Keitner & Miller, 1990).

Keitner et al. (1987) constataron la existencia de un deterioro significativo en el ámbito de las comunicaciones y funcionamiento general de familias donde un miembro transcurre por una Depresión Mayor.

La convivencia con un una persona que transcurre por una Depresión Mayor se transforma en una tarea compleja para toda la familia, sin embargo, el cuidador es el que se ve más afectado por ser el soporte emocional y físico para el enfermo (Pereira et al., 2011). Marques y Lopes (2015) sostienen que muchos cuidadores familiares tratan de escapar de este rol, intentando estar menos tiempo en el hogar; mientras que otros ignoran la conducta del paciente para no estar en desacuerdo con él. Cuando surgen discusiones, en general los cuidadores responsabilizan al enfermo por la inestabilidad que está padeciendo la familia, intentando hacerle tomar conciencia del comportamiento que desenvuelve.

La enfermedad de uno de los miembros de la familia provoca una sobrecarga en los miembros del grupo, tanto en las tareas cotidianas del hogar como en la economía y el cuidado de los más pequeños. El cuidador-familiar se ve fatigado y no desempeña correctamente las tareas en su trabajo, provocando en algunos casos la pérdida del empleo (Pezo et al., 2004).

Whiffen (2005) examina la conexión entre la depresión y las interacciones dentro de las familias. Existe evidencia de que cuando hay una persona deprimida, hay una mayor probabilidad de que algún otro miembro también presente alteraciones emocionales. Las relaciones entre padres e hijos se ven limitadas y alteradas ya que los conflictos aumentan y los niños no saben qué le sucede al adulto responsable de su cuidado.

Pezo et al. (2004) abordan la depresión desde una óptica de inclusión en la vida de la familia, en su historia, y aquello que causó la enfermedad en los integrantes de la

misma. Para esto realizaron un estudio donde se describen las vivencias de trece familias donde uno de sus miembros fue diagnosticado con Depresión Mayor. El propio enfermo relata el día a día y cómo se ve a sí mismo en el entramado familiar. También analizan cómo estos atraviesan las consecuencias de la enfermedad mental, no solo en un plano físico sino psíquico y económico, afirmando que las familias «se ven obligadas a proporcionar apoyo físico, psicológico, económico, entre otros, y a soportar junto con el familiar enfermo, el impacto del estigma y la discriminación» (Pezo et al., 2004, p.512).

A partir de lo mencionado anteriormente se evidencia que la Depresión Mayor genera muchas incomodidades y constituye una carga muy pesada para la familia (Pezo et al., 2004).

### **3.2 Impacto en las relaciones maritales.**

Muchos estudios han demostrado que la Depresión Mayor afecta negativamente al cónyuge o compañero del enfermo y los niños en el hogar (Britt, Danchenko, France, Lewis & Sheri, 2012).

Weissman & Paykel (1974) realizaron un estudio de las conductas de cuarenta mujeres acometidas por la depresión y encontraron que las mismas son más sumisas y dependientes, menos afectuosas con sus cónyuges, discuten frecuentemente con sus parejas; su comunicación se caracteriza por el hecho de insinuar o no decir directamente algo (reticencia). Las parejas de las mujeres de esta muestra poseían un elevado nivel de comportamiento hostil y negativo.

Marshall & Harper-Jaques (2008) estudian una viñeta clínica acerca de cómo se ve afectada una pareja cuando uno de los miembros tiene depresión. Podemos estudiar un fragmento a continuación:

Kathys dijo que tenía pensamientos negativos sobre Tom y afirmó que ella se había convertido en «el pegamento» que mantiene a toda la familia junta. Ella sentía la carga de esta pesada responsabilidad y esto contribuía a que no pudiera salir de su depresión; afirmó que cuanto más intentaba proteger a su familia de sus síntomas depresivos, su carga aumentaba (p.63).

Tom dijo que reaccionaba ante los síntomas depresivos de su esposa alejándose. Esto provocó un distanciamiento entre los miembros de la familia y contribuyó al crecimiento de los síntomas depresivos de Kathy. A medida que se intensificaba su depresión, las interacciones familiares eran cada vez más conflictivas y contraproducentes.

Katz, Beach, & Joiner (1999) realizaron una revisión teórica sobre este tema y encontraron que existe un efecto de contagio del estado de ánimo deprimido entre la pareja. De acuerdo con Muscroft & Bowl (2000) las parejas que ejercen el papel de cuidado consideran este rol como una experiencia solitaria que se vive en silencio, impregnada de relaciones pobres en las que visualizan la posibilidad de que se quiebre la relación.

Britt et al. (2012) entrevistaron a varios pacientes y sus respectivas parejas. La herramienta que utilizaron fue la Escala de Depresión y Funcionamiento Familiar (DFFS). Como resultado de esta investigación comprobaron que la Depresión Mayor afecta a la pareja de manera negativa ya que los conflictos aumentan, la comunicación es pobre o, en algunos casos, nula y hay un descenso en la intimidad de la pareja. El trabajo del cónyuge del enfermo también se vio afectado, así como su utilización del tiempo libre y la cantidad de tiempo que pasan en pareja, todo esto debido a la sobrecarga de las responsabilidades del hogar (Britt et al., 2012).

Los autores recién mencionados realizaron un estudio de pareja y el tipo de entrevista que utilizaron fue el de «Elicitación de conceptos», la cual consta de un traspaso de información de manera fluida de una persona a la otra a través del lenguaje. Para ello, entrevistaron a dieciséis personas acometidas por la depresión y sus respectivas parejas.

A continuación se explicita cuáles fueron las áreas de la pareja y familia más afectadas por la depresión, teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes y a sus parejas.

- a) El impacto en la comunicación familiar: la mayoría de los enfermos expresó tener dificultades a la hora de comunicarse ya que hablaban menos, no se sienten contenidos por su pareja, reaccionan de manera exagerada en algunas situaciones y presentan mayor sensibilidad a la hora de establecer una conversación. Las comunicaciones se vuelven tensas y a veces inexistentes. Ciertos temas de discusión fueron evitados con la fundamentación de que no

querían molestar y preocupar a su pareja.

- b) Retiro de las interacciones familiares y sociales: la mayoría de los pacientes informó su preferencia por estar solos, evitando gran variedad de situaciones sociales, lugares públicos y personas como sus propias parejas y/o hijos. También transmitieron sentirse frecuentemente alejados tanto física como emocionalmente del resto de las personas, no sentirse comprendidos por los demás. En este ítem las parejas de los pacientes sostuvieron que este retraimiento social no solo afectó al paciente sino a toda la familia, limitando las ocasiones de interacción social, provocando en ellos una gran frustración.
- c) Conflicto y estrés: los pacientes comunicaron que las discusiones y conflictos eran frecuentes con sus compañeros, aludiendo que se debía a la depresión y a sus síntomas. Los más comunes eran: ira, impaciencia, ansiedad, etc. Sus compañeros revelaron sentir un aumento en los conflictos de pareja debido a los síntomas asociados a la depresión. También afirmaron el haber tenido que asumir más tareas domésticas y responsabilidades en el cuidado de los más pequeños. Esta sobrecarga trajo aparejada un temor a que la depresión no mejorara.
- d) Impacto en el trabajo de la pareja: un tercio de los pacientes afirmó que su pareja faltó al trabajo debido a su depresión. También dijeron que sus parejas llegaron tarde o salieron antes de su lugar de trabajo por ellos; además de estar preocupados o distraídos en el mismo. Tres cuartos de los compañeros señalaron que la depresión afectó su trabajo de varias maneras. Sentían un mayor estrés y estaban más propensos a cometer errores. El trabajo requería de ellos más energía y esfuerzo de lo normal para estar al nivel de la exigencia, además de que se distraían con mayor facilidad.
- e) Impacto en el tiempo libre de la pareja: tres cuartas partes de la muestra de pacientes notificaron que su depresión afectó la forma en que sus parejas pasaban su tiempo libre, lo que les causó gran frustración, resentimiento y enojo. Una participante afirmó que su esposo trataba de evitarla. Varios compañeros indicaron que evitaron ir a casa y buscaron maneras de evitar al enfermo.

- f) Impacto en el estado de ánimo de la pareja: trece de los dieciséis pacientes sintieron que su depresión afectaba negativamente las emociones de su pareja. Describen sentimientos como confusión, estrés, preocupación, temor, tristeza, rechazo, descuido y cansancio. Todos los compañeros de los pacientes afirmaron que la depresión afectaba su estado de ánimo y agregaron, a lo que sus compañeros describieron, la sobrecarga y el resentimiento. Esto provocó que muchas veces pensarán terminar con la relación, sintiéndose culpables y solitarios.
- g) Impacto en las actividades, responsabilidades mutuas y compartidas: la mitad de los pacientes dijo que su depresión tuvo un impacto negativo en las actividades mutuas (financieras o cuidados de los niños) ya que su compañero cargaba con más responsabilidad. Los compañeros generalmente reportaron mayor impacto en las actividades mutuas y la toma de decisiones en comparación con los pacientes.
- h) Impacto en el tiempo que pasan juntos como pareja: tres cuartos de los enfermos dijeron que su depresión afectó el tiempo que pasaban con su pareja. También notaron falta de interés en el sexo. La mayoría señaló que pasaban menos tiempo juntos cuando los síntomas eran graves. Muchos afirmaron que al hacer más tareas domésticas, dejaban menos tiempo disponible para estar juntos.
- i) Intimidad: el deseo en los pacientes se vio disminuido. Los compañeros afirmaron que la depresión afectó negativamente su intimidad.
- j) Impacto en la calidad de la relación marital: la mayoría de los compañeros informaron que la depresión afectó negativamente la calidad de sus relaciones, notaron una disminución de la intimidad (por ejemplo, los notaban menos afectivos, con menos interés por el sexo), falta de simpatía y no querer estar con el paciente, falta de felicidad, mayor conflicto, discusión y sentimientos generales de frustración. Todo esto afectaba la calidad de su relación. Problemas como la participación reducida en actividades sociales, restricciones financieras, pensamientos o discusiones de separación, hicieron que se sintieran atrapados.
- k) Otros: muchos pacientes contaron que atravesaron problemas financieros y la

carga de cuidar a sus hijos les generaba ansiedad y agobio lo que provocó que las discusiones y conflictos con sus hijos aumentaran. Los que tenían hijos pequeños afirmaron que la depresión afectó su relación negativamente. Sin embargo, un cuarto de los pacientes entrevistados dijo que la depresión tuvo un impacto positivo en su relación de pareja y familiar ya que sentían que su relación se había fortalecido. De los dieciséis compañeros entrevistados solo uno afirmó haber notado un impacto positivo de la depresión de su pareja, ya que se habían hecho más pacientes entre sí y más sensibles a las necesidades individuales.

Vaughn y Leff (1976) agregan un dato interesante sobre este apartado y es que los pacientes deprimidos que tienen parejas que expresan sus emociones de manera hostil o exagerada están tres veces más propensos a tener recaídas, en comparación con pacientes que tienen parejas con niveles más bajos de emociones expresadas.

Hooley, Orley & Teasdale (1986) realizaron un seguimiento de nueve meses a los pacientes de su muestra y llegaron a la conclusión de que el 59% de los pacientes con cónyuges que expresaban sus emociones de manera frecuente, recayeron. Pero en los pacientes cuyos cónyuges tuvieron un menor nivel de emociones expresadas no hubo recaídas.

Crowther (1985) realizó un estudio de 27 pacientes con Depresión Mayor y sus familias y contrapuso los resultados con muestras del funcionamiento familiar en otros trastornos como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad y abuso de alcohol. Él visualizó que los pacientes deprimidos expresaron tener un desajuste marital significativo, sin embargo, en comparación con personas con otros trastornos mentales, los pacientes depresivos eran los que deseaban, en mayor medida, mejoras para su relación.

### **3.3 Impacto de un padre o madre depresivo/a en los niños.**

La Depresión Mayor tiene un efecto significativo en los hijos del enfermo. Existe una relación negativa entre la depresión de alguno de los padres y el funcionamiento de los niños, ya que los hogares de estos últimos se caracterizan por la discordia familiar y el rechazo del padre enfermo (Keller, Shapiro, Lavori y Wolfe, 1982).

La Depresión Mayor tiene considerables consecuencias para los hijos de padres que transcurren por la enfermedad. En la fase no aguda donde hay una remisión de los síntomas, los niños experimentan pérdida del apetito, dificultades en el comportamiento dentro del hogar a la hora de jugar, trastornos de sueño y falta de concentración en la escuela (Ahlstrom, Skarsater & Danielson, 2009).

Los hijos sufren transformaciones durante el período que dura la enfermedad, tratan de entender qué es lo que sucede e intentan desarrollar estrategias para protegerse, así como nuevas formas de relacionarse con la persona enferma (Ahlstrom, Skarsater & Danielson, 2009).

Como mencioné anteriormente, la Depresión Mayor puede estar instaurada en la historia familiar. Puede ser algo «normal» con lo que conviven hace muchos años y transmitirse de generación en generación.

Ahora, ¿qué sucede con los niños que viven en esa dinámica familiar? Ahlstrom, Skarsater & Danielson (2009) realizaron el estudio *Vivir con depresión mayor: experiencias desde las perspectivas de las familias* y allí corroboran que los niños que tienen padres que sufren Depresión Mayor son más propensos a sufrir enfermedades mentales, crisis de ansiedad y consumir sustancias nocivas. También pueden desarrollar depresión a temprana edad y esto trae aparejado una mayor predisposición al suicidio y dificultades en sus interacciones sociales. Tanto la depresión de la madre como la del padre están asociadas con la depresión infantil. Un año después del tratamiento para la Depresión Mayor de los padres, siguen siendo vulnerables y esto a su vez provoca tensiones dentro de la familia (Ahlstrom, Skarsater & Danielson, 2009), persistiendo un funcionamiento más pobre en los niños (Billings & Moos, 1985).

Ahora imaginemos una madre deprimida. ¿Cómo sería su trato con los miembros de la familia? Muchas veces la impaciencia y el enojo son sentimientos comunes en la persona enferma. El no ponerse en el lugar del otro ni entender las dificultades que este está atravesando provoca que los niños se sientan afligidos y tensos, ya que, por los estados de ánimos cambiantes, no saben cómo reaccionará el adulto frente a cada situación. ¿Mamá va a estar enojada o triste hoy? ¿Estará feliz y animada? Esta inestabilidad provoca que los niños se vean afectados directamente; algunas conductas que pueden mostrar son la pérdida de energía, «que se sientan preocupados y miserables» (Ahlstrom, Skarsater & Danielson, 2009, p. 314).

En las familias donde hay una madre con Depresión Mayor, las interacciones entre la misma y el niño se caracterizan por un grado alto de negatividad.

Birtchnell et al. (1988) afirma que las mujeres acometidas por la Depresión Mayor presentan más dificultades que mujeres sanas para afrontar el comportamiento rebelde de los hijos y tienden a ser sobreprotectoras. Cuando una madre está embarazada y deprimida, los efectos que tiene sobre el niño pueden ser de diversa índole e incluir alteraciones en el desarrollo fisiológico del recién nacido, una salud física deteriorada en el niño y mayor incidencia a desarrollar Depresión Mayor. Otros efectos incluyen el apego inseguro, dificultades para desarrollar habilidades sociales y retos académicos (Burke, 2003; Whiffen, 2005).

En las familias con un padre deprimido, la relación con sus hijos se caracterizan por tener menos expresiones de perspectivas positivas, lo que impacta en su relación, deteriorándola (Keller et al., 1982).



## 4. Conclusiones.

Tanto la salud como la enfermedad son circunstancias probables y esperables en el devenir de la propia vida.

Como mencioné anteriormente, la Depresión Mayor es considerada la cuarta enfermedad más discapacitante del mundo, si tenemos en cuenta la calidad de vida del individuo y los años de vida durante los cuales convive con la enfermedad. Al afectar a aproximadamente 300 millones de personas en el mundo (OMS, 2011), necesitamos la misma cantidad de cuidadores, lo que provoca que tengamos 300 millones más de personas con un 50% más de probabilidad de experimentar Depresión Mayor, debido a la cercanía que tienen con el individuo enfermo y las tareas que realiza diariamente al desarrollar el rol de cuidador.

Puedo afirmar, luego de la exhaustiva revisión teórica realizada, que una persona que padece Depresión Mayor influye y afecta directamente a su entorno.

Por un lado el cuidador es invadido por los sentimientos de inestabilidad, lo que provoca que tenga fallas en la comunicación con su familia; estos son algunos síntomas de que la enfermedad que padece el enfermo que cuida está afectando su vida personal y familiar.

Por otro lado el cónyuge está expuesto la mayor parte del tiempo, debiendo desarrollar más tareas en el hogar y dedicarse al cuidado de los hijos, modificar su tiempo libre, además de sobrellevar en soledad el aspecto financiero de la casa. Esto provoca que experimente un gran desgaste físico y emocional ya que se convierte en el puntal del grupo familiar.

Por otra parte los niños que transcurren por la depresión de alguno de sus padres exteriorizan cambios en la conducta y se encuentran menos atentos y activos en la escuela. Los mismos no saben cómo actuar ante la persona enferma lo que provoca que vivan en una inestabilidad constante. Los adolescentes presentan un comportamiento rebelde ante los mandatos de la persona enferma. Los amigos de la persona que padece depresión en algunas ocasiones se alejan debido a las demostraciones de apoyo constantes que deben brindar al enfermo.

La Depresión Mayor impacta en lo profundo de la estructura familiar afectando a todos sus miembros; en el caso de que el cuidador no sea un miembro de la familia este se verá afectado física y emocionalmente llevando estos problemas a su familia provocando un desajuste en su estructura familiar. Es necesario que las personas que

se encuentran en la red de apoyo de la persona con Depresión Mayor cuentan con el respaldo necesario para sobrellevar las cargas que atañan a las tareas que debe desarrollar en el desempeño del rol de cuidado y sostén.

## 5. Bibliografía

- Ahlstrom, B. I., Skarsater, I. & Danielson, E. (2009) Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Caring Sciences*. 23, 309-316.  
Recuperado de  
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Living%20with%20major%20depression%20experiences%20from%20families%E2%80%99%20perspectives.pdf>
- Almeida, K., Leite M., & Hildebrandt, L. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão de literatura. *Revista Eletronica Enfermagem*. 11 (2), 403-12, 2009. Recuperado de  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf>
- Billings, A. G., Cronkite, R. C. & Moos, R. H. (1983). Social-Environmental Factors in Unipolar Depression: Comparisons of Depressed Patients and Nondepressed Controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 92(2), 119–133. Recuperado de  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.2.119>
- Birtchnell, J., Masters, N. & Deahl, M. (1988). Depression and the physical environment. A study of young married women on a London housing estate. *The British Journal of Psychiatry*, 153(1), 56–64. Recuperado de  
<https://doi.org/10.1192/bjp.153.1.56>
- Bonet, I. Ú. & Roger, M. R. (2008). ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes? *Nursing (Ed. Española)*. 26(10), 62–66. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(08\)70827-6](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(08)70827-6)
- Britt, D. B., Danchenko, N., François, C., Lewis, S., Davis, K. H. & Fehnel, S. E. (2012). Development of a family functioning scale for major depressive disorder. *Current Medical Research and Opinion*. 28(3), 303–313. Recuperado de  
<https://doi.org/10.1185/03007995.2012.658910>
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*. 15(3), 243–255. Recuperado de  
<https://doi.org/10.1080/09540260305192>
- Carreño, S., Sánchez, B., Carrillo, G., Chaparro, L. & Gómez, O. (2016, set-dic). Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*. 34(3), 342-349. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/120/12046949008.pdf>

- Chemama, R. (2006). *Depresión. La gran neurosis contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión Argentina.
- Crowther, J. (1985). The Relationship between Depression and Marital Maladjustment A Descriptive Study. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 173 (4), 227-231.
- Dos Santos, M. de F. (2009). As necessidades dos cuidadores familiares da pessoa com depressão - uma revisão sistemática da literatura. *Cultura de Los Cuidados*. 13(25), 88–97.
- DSM-IV-TR (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Escobar-Ciro, C. (2012). Perception of the quality of life of family caregivers of adults with cancer. *Scielo Colombia*. 30(3), 320-329. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072012000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300004)
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista habanera de ciencias médicas*. 7(3) Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1729-519x2008000300004&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1729-519x2008000300004&lng=es&tlng=pt)
- Family Caregiver Alliance. (2002, February 20). Los cuidadores y la depresión. Caregiving and Depression. *Family Caregiver Alliance*. Recuperado de <https://www.caregiver.org/los-cuidadores-y-la-depresión-caregiving-and-depression>
- Ferré-Grau, C., Casado, M. S., Cid-Buera, D., LLeixà-Fortuño, M., Monteso-Curto, P. & Berenguer-Poblet, M. (2014). Caring for family caregivers: An analysis of a family-centered intervention. *Revista Da Escola de Enfermagem*. 48(SpecialIssue), 87–94. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600013>
- Gabor, I., Keitner, M, & Miller, I. (1990). Family Functioning and Major Depression: An Overview. *AmJ Psychiatry*. 147, 1128-1137.
- Gutiérrez, L., Martínez, J., & Rodríguez, M. (2013). Caregivers burden in bipolar disorder. *Anales de Psicología*. 29(2), 624-632. Recuperado de

<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.124061>

- Hernández, B., Hernando, M., Correa, B., Victoria, M. (2013). Las condiciones del cuidado en familias antioqueñas con un miembro con trastorno afectivo bipolar. *Latreia*. 26 (4), 419-429. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180529163003.pdf>
- Keitner, I., Gabor, I., Miller, W., Epstein, N., Bishop, D, & Fruzzetti, A. (1987). Family Functioning and the Course of Major Depression. *Comprehensive Psychiatry*. 28 (1), 54-64.
- Gradin, V. B., Pérez, A., MacFarlane, J. A., Cavin, I., Waiter, G., Engelmann, J, & Steele, J. D. (2015). Abnormal brain responses to social fairness in depression: an fMRI study using the Ultimatum Game. *Psychological Medicine*. 45(6), 1241–1251. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S0033291714002347>
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40(1), 63-76. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500005>
- Holmgren G., Lermenda V., Cortés C., Cárdenas I., Aguirre, K. & Valenzuela A. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 43(4), 275-286. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000400002>
- Hooley, J & Teasdale, J, (1986). Levels of Expressed Emotion and Relapse in Depressed Patients. *British Journal of Psychiatry*. 148, 642-647.
- Katz, J., Beach, S. R. H, & Joiner, T. E. (1999). Contagious Depression in Dating Couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 18(1), 1–13. Recuperado de <https://doi.org/10.1521/jscp.1999.18.1.1>
- Keller, M. B., Robert, W., Lavori, P. W, & Wolfe, N. (1982). Recovery in Major Depressive Disorder, Analysis with the Life Table and Regression Models. *Arch Gen Psychiatry*. 39(8), 905-910.
- Kupferberg, A., Bicks, L, & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 69, 313–332. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.002>
- Lowen, A. (1972). *La depresión y el cuerpo*. Madrid: Alianza editorial S.A.

- Marques, M., & Lopes, M. (2015). O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 2), 51-56.
- Marshall, A. J., & Harper-Jaques, S. (2008). Depression and Family Relationships: Ideas for Healing. *Journal of Family Nursing*. 14(1), 56–73. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1074840707312717>
- Mind, the mental health. (2016, Junio). Depression. Recuperado de <https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/depression/treatment/#.WdBbNdPWzIU>
- Moreira de Souza, R., & Turrini, R. (2011). Terminally ill cancer patient: caregiver burnout. *Enfermería Global*. 10(22) Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000200013&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200013&lng=es&tlng=en)
- Muscroft, J., & Bowl, R. (2000). The impact of depression on caregivers and other family members: implications for professional support. *Counselling Psychology Quarterly*. 13(1), 117–134. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/routledg/ccpq/2000/00000013/00000001/art00009>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1152:depression-hablemos-dice-la-oms-mientras-la-depresion-encabeza-la-lista-de-causas-de-enfermedad&Itemid=340](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1152:depression-hablemos-dice-la-oms-mientras-la-depresion-encabeza-la-lista-de-causas-de-enfermedad&Itemid=340)
- Ormel, J., Vonkorff, M., Oldehinkel, a J., Simon, G., Tiemens, B. G., & Ustün, T. B. (1999). Onset of disability in depressed and non-depressed primary care

- patients. *Psychological Medicine*. 29(4), 847–53. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S0033291799008600>
- Palacios, X. & Jimenez, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79926207>> ISSN 1794-4724 p195- 210
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., & Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry*. 26(1), 13–17. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.07.004>
- Pereira, M. F., Bohry, S., & Machado, E. R. (2011). Depressão Família, e seu papel no tratamento do paciente. *Encontro: Revista de Psicologia*. 14(21), 127–144. Recuperado de <http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2499>
- Pérez, J y Gardey, A. (2012). Definición de depresión. *Definición.de*. Recuperado de <https://definicion.de/depresion/>
- Pérez Trullen., J. M., Abanto Ald, J., & Labarta Mancho, J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*. 18(4), 194–202. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-sindrome-del-cuidador-los-14332> ER
- Pezo, S., Komura, H., Akiko, L., & Stefanelli, M. (2004). La depresión incluida en la historia de la familia. *Texto & Contexto Enfermagem*. 13(4), 511-518. Recuperado de <http://artificialwww.redalyc.org/articulo.oa?id=71413402>
- Rivera, M., Hernandez, I., & Cuevas, M. (2015). Síndrome de quemarse en el trabajo y factores de apoyo a cuidadores de personas de enfermedad de Alzheimer. *Informes psicológicos*. 15(1), 13 - 30. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv15n1a01>
- Sapouna, V., Dafermos, V., Vivilaki, V., Chatziarsenis, M., Aivaliotis, L., Bitsios, P., & Lionis, C. (2015). Exploring the burden of the family caregivers of patients with major mental disorders in Greece. *Review of Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics, International Edition*. 29(1), 25–35.
- Solano Murcia, M. I., & Vasquez Cardozo, S. (2014). Familia, en la salud y en la

- enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 43(4), 194–202.  
Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.05.001>
- The National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Depression in adults: recognition and management. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/ifp/chapter/Treatments-for-moderate-or-severe-depression>
- Vargas-Escobar, L. (2012). Aporte de la enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*. 12(1), 62-76. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2112/2693>
- Vargas, L., & Pinto, N. (2010). Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Avances en Enfermería*. 28(1), 116-128. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15661/18164>
- Vaughn, B. C. E. (1976). The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. *Brit. J. Psychiat.* 129,125-37.
- Velásquez G, V. F., López, L., Barreto Z, Y, & Cataño, N. (2016). Cuidadores Familiares Campesinos: Depresión, Tiempo De Cuidado Y Dependencia. *Hacia La Promoción de La Salud*. 21(1), 106-114. Recuperado de <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.9>
- Walton-Moss, B., Gerson, L, & Rose, L. (2005). Effects of Mental Illness on Family Quality of Life. *Issues in Mental Health Nursing*. 26(6), 627–642. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/01612840590959506>
- Weissman, M, & Paykel, E. (1974). The depressed woman: A study of social relationships. England: U Chicago Press.
- Whiffen, V. E. (2005). Disentangling Causality in the Associations Between Couple and Family Processes and Depression. In W. M. Pinsof & J. L. Lebow (Eds.), Oxford series in clinical psychology. *Family psychology: The art of the science*, 375-395.