



Experiencias de cuidadoras principales de pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión en Medellín y el Oriente Antioqueño

Elizabeth Hincapié Gutiérrez

Leidy Laura Herrera Velásquez

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesora

María Helena Ramírez Pérez, Magíster en Ciencias Sociales y Humanas

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

Medellín, Antioquia, Colombia

2022

Cita	(Hincapié Gutiérrez & Herrera Velásquez, 2022)
Referencia	Hincapié Gutiérrez, E., & Herrera Velásquez, L. L. (2022). <i>Experiencias de cuidadoras principales de pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión en Medellín y el Oriente Antioqueño</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: Jhon Jairo Arboleda Céspedes

Decano/Director: Jhon Mario Muñoz Lopera

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Para Ángela Herrera.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a la Universidad de Antioquia por acogernos en sus aulas para formarnos como profesionales y como personas con empatía, conscientes de nuestro rol como ciudadanas y profesionales en este país; por mostrarnos que la educación, la ciencia, el arte y el deporte une a las personas y son la mejor arma para combatir la desigualdad. La UdeA nos brindó todas las herramientas necesarias para alcanzar este sueño de ser profesionales, en sus aulas y pasillos aprendimos a reflexionar, a debatir, a hacernos preguntas y proponer soluciones; realmente las palabras no alcanzan para expresar lo agradecidas que estamos con nuestra Alma Máter por seguirle apostando a la educación y a la producción de conocimiento.

A Dios y a la vida por permitirnos cruzar este hermoso camino.

Extendemos el agradecimiento a todos los docentes que nos formaron con tanto amor y dedicación por sus áreas de estudio, y que cada día aportan a la construcción del país con su labor; especialmente a nuestra asesora María Helena Ramírez Pérez por su acompañamiento constante, por el tiempo y por creer en nuestro proyecto.

También agradecemos a nuestras familias porque finalmente han sido ellas uno de los principales motores para llegar hasta aquí, para perseverar y luchar cada día; a nuestros padres que con su amor y dedicación nos acompañaron en cada paso de la vida hasta ahora, sin ellos nada sería posible.

A nuestras amigas Valentina, Daniela, María Josefa, Manuela G., Manuela P. y Mariana por acompañarnos durante estos años, por haber hecho parte de este proceso formativo y por el apoyo incondicional. A ellas les deseamos una vida profesional llena de éxitos.

Finalmente, a las cuidadoras que nos apoyaron en la realización de este trabajo de grado, por abrirse a contarnos sus experiencias y prestarnos su voz para aportar conocimiento científico a un área de estudio tan importante como lo es la salud mental. Esperamos que nuestros hallazgos sean de utilidad.

Tabla de contenido

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10
1 Planteamiento del problema.....	12
2 Justificación.....	22
3 Objetivos.....	24
3.1 Objetivo general.....	24
3.2 Objetivos específicos.....	24
4 Referente conceptual.....	25
4.1 Trastornos mentales.....	25
4.2 Depresión.....	26
4.3 Depresión en adolescentes.....	27
4.4 El papel de la familia en el curso de los trastornos mentales.....	29
4.5 Trastornos mentales y cuidados no formales.....	31
4.6 Depresión y cuidados no formales.....	34
4.7 Salud mental y posición socioeconómica.....	36
4.8 Posición socioeconómica y depresión.....	38
5 Diseño metodológico.....	40
5.1 Enfoque.....	40
5.2 Método: fenomenológico-hermenéutico.....	40
5.3 Estrategia.....	42
5.4 Técnicas de recolección de información.....	42
5.5 Población y muestra.....	43
5.6 Plan de recolección y análisis de la información.....	43
5.7 Unidades de análisis o variables.....	44
5.8 Consideraciones éticas.....	44
6 Hallazgos.....	46

6.1	Información sociodemográfica.....	47
6.2	Antecedentes	47
6.3	Contexto	48
6.4	Síntomas	50
6.5	Comportamiento.....	51
6.6	Diagnóstico.....	51
6.7	Tratamiento	53
6.8	Sistema de salud.....	56
6.9	Cuidadoras.....	58
6.10	Concepciones sobre la depresión.....	61
7	Discusión	64
8	Conclusiones y recomendaciones.....	66
9	Referencias	68
10	Anexos.....	74

Lista de figuras

Figura 1. Número de casos de depresión según edad	15
---	----

Resumen

El presente trabajo de grado tuvo como objetivo conocer y analizar las experiencias de cuidado que tienen las cuidadoras principales de adolescentes con depresión en Medellín y el Oriente Antioqueño.

La profundización de dichas experiencias se conoció mediante el relato de cinco mujeres consideradas cuidadoras principales de adolescentes entre los 14 y 19 años con diagnóstico de depresión. Se utilizó un método fenomenológico-hermenéutico en donde la técnica para la recolección de información fue la entrevista semiestructurada y se indagó por las dinámicas sociales y familiares que enmarcan y determinan las formas de asimilación y afrontamiento de cada experiencia particular. El análisis de la información recolectada se realizó con la técnica de análisis de contenido (Mayer y Quellet, 1991) que permitió encontrar similitudes y diferencias entre las experiencias narradas. En la totalidad de los casos las cuidadoras son mujeres con lazos estrechos de parentesco con los adolescentes. Se encontraron diversas similitudes en las experiencias de las cuidadoras principalmente en lo referente al contexto familiar, recursos psíquicos, temores y retos del rol propio de ser cuidadora principal de un adolescente con depresión en estratos socioeconómicos medios y bajos, con pocas posibilidades de acceso a servicios de salud mental de calidad y tratamientos constantes, lo cual genera la percepción de un sistema de salud deficiente para las familias, quienes al igual que el paciente, padecen de otras formas las consecuencias de la depresión. Esto genera una reflexión en torno a la necesidad de que los profesionales en salud mental incluyan a los cuidadores en los procesos y tratamientos de los pacientes y ofrezcan acompañamiento para la salud física y mental de estas personas, brindándoles herramientas que les permitan ser una red de apoyo efectiva para el paciente y generar así un mejor afrontamiento de sus retos en este rol.

Palabras clave: Depresión, cuidado, adolescente, experiencia, familia, cuidadoras.

Abstract

The objective of this graduate work was to learn about and analyze the caregiving experiences of the main caregivers of adolescents with depression in Medellin and Eastern Antioquia.

These experiences were studied in depth through the accounts of five women considered primary caregivers of adolescents between 14 and 19 years of age with a diagnosis of depression. A phenomenological-hermeneutic method was used where the technique for the collection of information was the semi-structured interview and the social and family dynamics that frame and determine the ways of assimilation and coping of each particular experience were investigated. The analysis of the information collected was carried out with the technique content analysis (Mayer y Quellet, 1991) that allowed finding similarities and differences between the experiences narrated. In all cases the caregivers are women with close kinship ties to the adolescents. Several similarities were found in the experiences of the caregivers, mainly regarding the family context, psychological resources, fears and challenges of the role of being the main caregiver of an adolescent with depression in middle and low socioeconomic strata with few possibilities of access to quality mental health services and constant treatment, which generates the perception of a deficient health system for the families, who, like the patient, suffer the consequences of depression in other ways. This generates a reflection on the need for mental health professionals to include caregivers in the processes and treatments of patients and provide support for the physical and mental health of these people, providing them with tools that allow them to be an effective support network for the patient and thus generate a better coping with their challenges in this role.

Keywords: depression, caregiving, adolescent, experience, family, caregivers.

Introducción

En la Ley 1616 de 2013 que regula la salud mental en Colombia se hace énfasis en la importancia de las familias y cuidadores en la promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales, también se estipula la creación de redes de apoyo para la prevención de la enfermedad mental y pone al cuidador como uno de los focos a intervenir a través de grupos de apoyo, con el fin de lograr una atención integral en salud mental tanto en los pacientes como en las familias por parte de las IPS.

Desde las áreas profesionales que se dedican a la salud mental se ha insistido en la importancia de las familias y las redes de apoyo sólidas para el acompañamiento y el éxito de los tratamientos que se lleven a cabo con los pacientes, sin embargo, la realidad es que estas familias, especialmente los cuidadores principales, se ven enfrentados a una situación para la que no estaban preparados y, en la mayoría de los casos, no reciben un acompañamiento profesional en el cual les brinden herramientas y psicoeducación, específicamente en el trastorno que acompañan, lo cual aumenta la incertidumbre y los temores pues la falta de conocimiento sobre estrategias para el soporte y cuidado de las manifestaciones de las enfermedades mentales, es la protagonista en la mayoría de las ocasiones, sobre todo cuando se trata de familias de estratos socioeconómicos medios y bajos, en los que las posibilidades económicas limitan el acceso a servicios integrales de atención en salud mental y, en la mayoría de ocasiones, solamente tienen la alternativa de utilizar los escasos servicios que proporcionan los sistemas de salud públicos o del régimen contributivo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017), en la actualidad la depresión se ha convertido en la principal causa de discapacidad a nivel mundial, resaltando las altas tasas de suicidio anuales que se ven propiciadas por la falta de tratamientos eficaces y atención oportuna para el tratamiento del trastorno. La Organización Mundial de la Salud (2017) estipula que en Colombia alrededor del 4,7% de la población en Colombia padece de depresión, cifra que está por encima del promedio mundial y que está focalizada en diversos departamentos del país, en donde Antioquia se destaca como uno de los que tiene mayor presencia del trastorno. De acuerdo con estudios del Ministerio de Salud, hay una tendencia al aumento de los casos de depresión en Colombia desde los 10 años en adelante, lo que resalta la importancia de que los adolescentes sean una de las poblaciones principales a intervenir pues las manifestaciones de los síntomas

depresivos, sumados a la etapa evolutiva por la cual atraviesan, los convierten en una población vulnerable que requiere de cuidados y atención en salud mental integral, de redes de apoyo capacitadas y con herramientas para hacer un debido acompañamiento y, además, que brinden soporte y contención a los síntomas y manifestaciones del trastorno; lo cual, a su vez, generaría un impacto en las futuras generaciones de adultos.

Hasta el momento, las investigaciones y estudios alrededor de la problemática sobre la falta de acompañamiento a los cuidadores ha sido poco abordada en Colombia y, en otros países, sólo se ha hecho desde el campo de la enfermería, lo que invita a los profesionales en salud mental a estudiar dicha problemática y generar conocimiento que permita el desarrollo de estrategias que velen por el bienestar, no solamente de quienes padecen el trastorno en primer grado, sino también de las familias y cuidadores que son quienes hacen el acompañamiento diario y se ven impactados por las consecuencias de no contar con sistemas de salud propicios para atender sus necesidades.

1 Planteamiento del problema

Los trastornos mentales están caracterizados por un conjunto de síntomas que indican alteraciones en el pensamiento, las percepciones, las emociones, el comportamiento, la relación con el medio y con el otro, además limitan el desenvolvimiento del individuo en cuanto a la esfera social, personal, familiar y en el ámbito académico y laboral (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016). No hay una forma definitiva de determinar la normalidad y la anormalidad desde criterios biológicos únicos, sin embargo, a través de los manuales diagnósticos se ha intentado hacer un acercamiento a los trastornos mentales para orientar a los profesionales de la salud en la identificación de posibles trastornos psicológicos y así lograr una acertada intervención. De esta manera, a partir de los manuales diagnósticos, la valoración de un posible trastorno mental incluye la observación de factores tales como, la duración de los síntomas, si hay comorbilidad con otros trastornos, la intensidad de los episodios y cómo esto influye en la vida cotidiana del paciente (Ministerio de Salud, 2014).

Según estadísticas de la OMS “cerca de 450 millones de personas sufren trastornos mentales” (Ministerio de Salud, 2014, p. 2), y los más comunes en el mundo son: “depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario” (Ministerio de Salud, 2014, p. 2), siendo más prevalente el abuso de sustancias en los hombres y la depresión en las mujeres.

Como se ha mencionado anteriormente uno de los trastornos más comunes y problemáticos es la depresión, un trastorno mental que ha ganado fuerza y relevancia con el pasar de los años, convirtiéndose en la actualidad y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021) en la principal causa de discapacidad a nivel mundial, afectando a más de 300 millones de personas y conduciendo al suicidio anualmente a cerca de 800.000 de estos pacientes, esto dado que, entre otras causales, se calcula que altos porcentajes (entre el 50% y 90%) de los afectados en diferentes países del mundo no tienen acceso a tratamientos eficaces. Se estima además que entre otros obstáculos presentes para el acceso a una atención eficaz en el tratamiento de la depresión están la

falta de recursos, la estigmatización de la enfermedad y la evaluación inexacta o diagnósticos erróneos de este trastorno.

En cuanto a temas de inversión en salud mental, los estudios apuntan a que son muy pocas las ayudas disponibles para personas con trastornos mentales. Como se ha mencionado anteriormente, más del 50% de personas con depresión no reciben tratamiento, lo cual, además de los factores anteriormente mencionados, se ve propiciado por la falta de inversión a la salud mental, pues en promedio sólo el 3% del presupuesto de salud de los países se invierte en salud mental, en los países de bajos ingresos el presupuesto está en menos del 1%, mientras que en países con ingresos altos el presupuesto en salud mental es de aproximadamente el 5% (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En América “se estima que cerca de 50 millones de personas [...] [vivían] con depresión en 2015” (Organización Mundial de la Salud, 2017, párr. 1), lo que representa alrededor del 5% de la población, de los cuales 7 de cada 10 personas no reciben un tratamiento adecuado. Los estudios indican que en este territorio los trastornos mentales representan un 22,4% de la carga general de enfermedad. En cuanto a aspectos poblacionales se ha encontrado que ha habido un aumento de trastornos mentales en adultos mayores, algunos de ellos son: demencia, cuadros delirantes y depresión; se estima que cerca del 30% de adultos mayores de 65 años padecen depresión.

“En América Latina, Brasil aparece seguido de Cuba (5,5 %), Paraguay (5,2 %), Chile y Uruguay (ambos con el 5 %)” (El Tiempo, 2017, párr. 6), Perú (4,8%), Argentina, Costa Rica, República Dominicana y Colombia (4,7%), de manera que hay tendencia en los países latinos a tener índices de depresión mayores al promedio mundial que se encuentra en 4,4%. En cuanto a aspectos poblacionales, las mujeres son más propensas a tener este diagnóstico, de igual forma, los jóvenes, las mujeres embarazadas y en estado posparto y los ancianos.

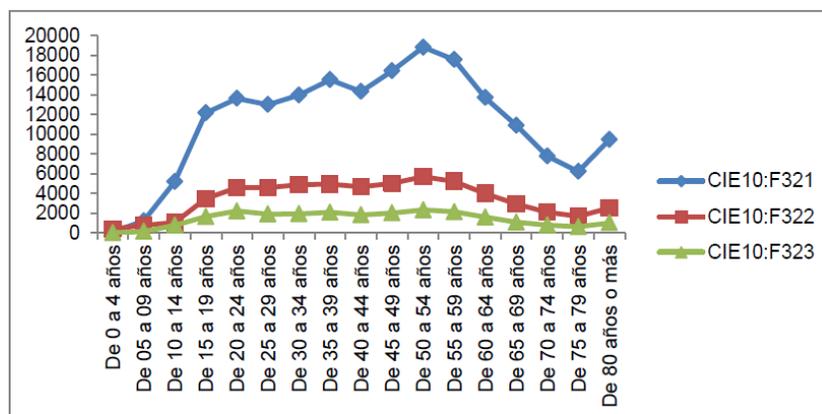
En este punto es importante aclarar que desde esta investigación se entenderá la depresión a partir de los criterios diagnósticos del CIE-10 que se abordará más adelante, y desde la definición que da la Organización Mundial de la Salud (2017, citada en Uniagustiniana, s.f.), entendiendo la

depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (párr. 1).

En el año 2017 la Organización Mundial de la Salud presentó un informe donde se calcula que alrededor del 4.7% de la población colombiana padece depresión. El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reportó que las atenciones por depresión han aumentado considerablemente desde el año 2009, teniendo en cuenta para esta medida la depresión moderada, depresión grave sin síntomas psicóticos y depresión grave con síntomas psicóticos. Respecto a la distribución geográfica de la presencia del trastorno depresivo en Colombia:

En el análisis del reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, se encontró que Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca ocupan los primeros lugares, independiente del tipo de depresión; otros departamentos como Quindío, Santander, Atlántico y Nariño tienen un número elevado de casos en algunos tipos específicos de depresión. (Ministerio de Salud, 2017, p. 6)

En cuanto a grupos etarios, se ha logrado observar que hay tendencia al aumento de casos en la medida en que aumenta la edad de las personas, de manera que alcanza su punto máximo en el rango de edad comprendido entre los 50 y 54 años de edad y luego desciende para aumentar nuevamente en la población de 75 años en adelante, lo cual ilustra el gráfico 1, en donde también se evidencia que hay una tendencia al aumento de diagnósticos de los 10 años en adelante (Ministerio de Salud, 2017).

Figura 1*Número de casos de depresión según edad*

Fuente: Elaboración propia a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), en la bodega de datos del SISPRO, consultado el 19 febrero 2017.

Fuente: Ministerio de Salud (2017)

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) han mostrado que en los adolescentes hay una prevalencia de síntomas de depresión del 15,8%. “La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión” (Ministerio de Salud, 2017, p. 8), de los 45 años en adelante el estudio mostró que el 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres presentan siete o más síntomas depresivos y, en todos los casos, las mujeres son quienes más frecuentemente presentan este diagnóstico. Los análisis de la encuesta también arrojaron que en la población adulta hay una prevalencia del 5,4% de cualquier trastorno depresivo, siendo mayores los casos de trastorno depresivo moderado y trastorno depresivo grave en comparación al trastorno depresivo leve y la distimia.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) llevada a cabo entre 2014 y 2015, arrojó resultados sobre la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores, en los cuales hay una tendencia del 41% a padecerlos y se observó que de los 60 años en adelante dicha tendencia disminuye en la medida en que avanza la edad, pero a los 75 años los casos aumentan nuevamente según la ENSM. El 50,9% de los adultos mayores con depresión eran desplazados por el conflicto armado o por violencia.

El presente estudio estará enfocado en la población adolescente que, como se mencionó anteriormente, tiene una prevalencia del 15,8% de síntomas depresivos según datos arrojados por la ENSM. La encuesta también permite observar que desde el abordaje clínico de la depresión en adolescentes se han identificado síntomas similares a los de los adultos, además de síntomas como:

Conductas negativistas, disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor, agresividad, hurtos, deseo e intentos de fuga, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016, p. 218)

Además, “los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como con trastornos de la conducta alimentaria” (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016, p. 220), de esta manera se observa que el trastorno depresivo en el adolescente conlleva a afectar el ámbito personal y social de una forma significativa.

La depresión grave también se ha mostrado como una variable fuertemente asociada al suicidio en adolescentes y como un factor de riesgo en la ideación suicida. A la depresión se le han asociado factores vitales estresantes que pueden ser detonantes de intentos de suicidio, algunos de estos eventos son: peleas con los padres o separación, rompimiento con la pareja, cambio de vivienda, suicidio de terceros, entre otros. Entre los factores familiares asociados está: una madre ansiosa, madre con trastornos de personalidad o antecedente de suicidio y maltrato físico por parte de ella, en cuanto al padre, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016). En términos generales, algunos de los factores asociados al riesgo de suicidio en adolescentes son:

Historia de suicidio en la familia, relaciones distantes con los padres o no tener ningún tipo de contacto con ellos, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, enfermedad mental

o divorcio de los padres. El abuso sexual, el maltrato y la falta de satisfacción de las necesidades básicas [...]. (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016, p. 230)

El consumo de sustancias tales como la heroína y la cocaína también se ha constituido como un factor de riesgo asociado al suicidio en la población adolescente, así mismo se ha observado una posible incidencia del matoneo en estos casos, aunque hacen falta estudios epidemiológicos para establecer esta relación.

Los trastornos mentales en general conllevan un fuerte impacto en la calidad de vida de las personas en múltiples aspectos, en el caso de los adolescentes, hay un mayor riesgo al estigma y la discriminación, asociado a la falta de atención oportuna y una menor adherencia al tratamiento. En el caso de la depresión, se ha encontrado que hay un impacto significativo en el crecimiento y el desarrollo de los adolescentes, en su rendimiento escolar y en sus relaciones familiares e interpersonales, además hay una marcada tendencia a continuar con el trastorno en la etapa adulta, por lo cual hay una imperante necesidad de intervenir de manera oportuna a esta población.

Entre los factores asociados al trastorno depresivo en ese grupo, se han encontrado factores genéticos, historia de trastorno afectivo en los padres, ser mujer, edad pospuberal, antecedentes de síntomas depresivos, antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, afectividad negativa, pensamiento rumiativo, desestructuración familiar, acoso, humillación, abuso emocional, consumo de sustancias tóxicas (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016). Por su parte, entre los factores protectores que reducen la probabilidad de padecer el trastorno, aun cuando hubiesen factores de vulnerabilidad, son:

Tener sentido del humor, buenas relaciones de amistad, relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, logros personales valorados socialmente, nivel de inteligencia normal-alto, práctica de algún deporte o actividad física y participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado. (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016, p. 220)

En el análisis de aspectos socioeconómicos se ha observado que, de los adolescentes que han padecido síntomas de algún trastorno o un trastorno mental alguna vez en su vida, el 8,1%

pertenecen a hogares vulnerables en cuanto a índices de pobreza, los que provienen de hogares no vulnerables tienen un índice de 7,9% y los que están en estado de pobreza de 6,2% ; en términos generales, la población de zona urbana tiene una mayor tendencia a presentar trastornos mentales en comparación a los habitantes de zona rural.

En cuanto a antecedentes legales de la salud mental en Colombia, esta se regula mediante la Ley 1616 de 2013, en la cual se establecen disposiciones que permiten enmarcar la problemática dentro de un marco legal; allí se toman en cuenta los diferentes escenarios y actores que rodean a la salud mental en general, incluyendo implícitamente el trastorno depresivo en el paciente, en su familia, en los profesionales, en el sistema de salud y en la comunidad en general.

Se resaltan dentro de esta ley y para efectos del presente trabajo investigativo algunos artículos que permiten profundizar y trascender en la problemática desde el ámbito legislativo. Los artículos 4, 10, 13, 25 y 28 hacen referencia al tratamiento de la salud mental desde la promoción y prevención, priorizando la atención integral de niños, niñas y adolescentes a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando la integralidad de la atención para diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos mentales en la población colombiana. Asimismo, se resalta la importancia de familias y cuidadores en la promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales, proponiendo su participación activa en la creación de guías y protocolos de atención integral en salud mental, así como en la creación de asociaciones de familias y cuidadores de pacientes con trastornos mentales que les permita crear redes de grupos de apoyo para la prevención de la enfermedad mental.

De igual manera se incluye a la familia y cuidadores como uno de los objetivos al que debe apuntar una atención integral en salud mental, pues las instituciones prestadoras de salud (IPS) deben incluir grupos de apoyo de pacientes y familias.

El acercamiento a la problemática de la depresión desde el ámbito investigativo ha sido ampliamente abordado desde diferentes corrientes académicas y profesionales, actores y contextos. Las investigaciones han mostrado que se busca hacer una valoración y comprensión integral del paciente con depresión, incluyendo aspectos como el entorno familiar y social que son pilares en la presente investigación.

La depresión se ha abordado desde una gran diversidad de poblaciones, sin embargo, se encontró que los estudios realizados en relación a las manifestaciones de depresión y los vínculos familiares están muy encaminados a la población adolescente en distintos países, (de Oliveira et al., 2018; Paniagua et al., 2014) asimismo muchos estudios se hicieron con población escolarizada ya sea de educación media o universitaria, (Hinostraza et al., 2011; Labarca y Fuhrmann, 2011) las demás poblaciones con menor cantidad de estudios son los adultos medios y adultos mayores (Saavedra et al., 2016).

La metodología predominante en estudios anteriores ha sido la cualitativa, principalmente la etnográfica, seguida de estudios cuantitativos con diferentes modalidades de investigación y aplicación de instrumentos de evaluación; y más escasamente estudios de revisión documental. Se encontró que principalmente se realizan análisis paciente depresivo-familia desde la incidencia de la familia y especialmente desde el funcionamiento familiar en el curso de la enfermedad del paciente y las repercusiones de la calidad de las relaciones entre el paciente y la red de apoyo (Vargas, 2014; Vega et al., 2010); por el contrario, suelen ser más escasos los estudios en donde se analice desde una visión integral el curso de la enfermedad, es decir desde la óptica del paciente, la del familiar cuidador y la de la relación entre ellos (Marques y Lopes, 2014). Así mismo, son escasos los estudios que indaguen por la experiencia de la familia como cuidadora del paciente con depresión.

En cuanto al cuidado del paciente depresivo, en términos generales el tema se ha abordado desde muy diversos focos temáticos, destacándose principalmente una tendencia a la investigación del cuidado desde la enfermería (Ferré et al., 2008; Torres y Zavala, 2018; Blanco, 2015), los retos que estos profesionales enfrentan y las herramientas con las cuales deben contar para un abordaje integral. Por otra parte, hubo hallazgos en menor medida sobre la experiencia del cuidado familiar (Ferré, 2008; Muñoz et al., 2010), tema de interés para el presente trabajo investigativo, el cual se ha abordado desde el relato de la experiencia por parte del cuidador primario y con un enfoque hacia la indagación de las dificultades que estas personas enfrentan y la posibilidad de desarrollar síntomas depresivos por esta causa. Sin embargo, los estudios son meramente descriptivos, no abarcan lo suficiente la experiencia del cuidador, por lo cual se considera pertinente profundizar

en ello. En esta misma línea, se encontró un trabajo que aborda a los cuidadores y sus fortalezas o dificultades en la resolución de conflictos (Otero et al., 2015), lo cual podría preverse como un mecanismo de protección ante el desarrollo de síntomas depresivos producto del cuidado.

También es importante señalar que en los estudios revisados hasta el momento se entiende por cuidadores familiares del paciente con depresión a aquellas personas del núcleo familiar primario que cohabitan con el paciente en un mismo lugar y que son quienes acompañan directa o indirectamente los episodios depresivos de su ser querido.

Los ámbitos profesionales desde los cuales se ha abordado la problemática han sido la medicina, la enfermería, la psiquiatría, la psicología, siendo predominantes la medicina y la enfermería. En lo referente a autores, se encontró que tres autoras que han trabajado conjuntamente en la realización de diferentes estudios, de los cuales, tres de ellos son de nuestro particular interés por su énfasis en la experiencia del familiar con depresión, ellas son María Concepción Pezo Silva, Maguida Costa Stefanelli y Luiza Akiko Komura Hoga, tituladas como enfermeras y con especialidades en la misma rama en Brasil.

Respecto al estudio de variables sociodemográficas de los pacientes con trastornos mentales, el tema se ha abordado con prevalencia desde el área de la salud con tendencia a análisis poblacionales y características sociodemográficas según la población objeto de estudio, siendo más predominante las investigaciones con población infantil (Rodríguez, 2010; Rajmil et al., 2010; Herrera et al., 2009; Gómez et al., 2016a), adolescentes (Quiceno y Vinaccia, 2014; Gómez et al., 2016a) y jóvenes universitarios (Ferrel et al., 2011; Arrieta et al., 2014), y en menor medida, adulto mayor (Agudelo et al., 2015), adulto en general (Gómez et al., 2016b) y población en general (Moreno et al., 2012). Además, el tema se ha trabajado también como objeto de reflexión desde el área de la sociología (Bleda, 2006) y en torno a las posibilidades de acceso al sistema de salud según el estrato socioeconómico al que se pertenezca. Se destaca que muchos estudios han optado por investigar la salud mental asociándolo directamente con un estrato socioeconómico bajo (Quitian et al., 2016; Ramírez y Hernández, 2012; Cervantes et al., 2019; Castillo et al., 2019) partiendo de la hipótesis de que en los contextos de pobreza hay mayores probabilidades de

manifestar trastornos mentales, hipótesis que son corroboradas en la mayoría de las investigaciones observadas.

Es pertinente señalar que hay una convergencia entre algunos autores sobre lo que se va a entender para el presente trabajo investigativo como estrato socioeconómico que, si bien no en todos los países donde se han realizado investigaciones respecto al tema se dividen técnica y legalmente por estratificación social, sí existen marcadas divisiones de clases sociales, bien sea entendidas como estatus sociodemográfico, orden social, clase social, nivel o estrato socioeconómico.

2 Justificación

Teniendo en cuenta los hallazgos investigativos se ha identificado que la problemática no ha sido trabajada planteando un abordaje integral desde la psicología, pues como se ha mencionado anteriormente, quienes suelen interesarse mayormente por los cuidados en el trastorno depresivo han sido los ámbitos de la enfermería y la medicina, siendo la psicología una de las áreas científicas que menos ha aportado al tema en lo revisado hasta el momento, pues no se evidencian estudios en esta área que articulen la experiencia del cuidador familiar del adolescente con depresión según la pertenencia a determinado estrato socioeconómico en el contexto colombiano.

La presente investigación surge entonces desde ese vacío identificado en las investigaciones del ámbito de la psicología sobre el tema, pues tiene como eje central el abordaje de la experiencia del cuidado familiar en el adolescente con diagnóstico de depresión recurrente en cualquiera de sus variables diagnósticas (CIE-10: F33.0, F33.1, F33.2, F33.3) y, a partir de allí, hacer un análisis sobre estas experiencias, es decir, se pretende indagar sobre cómo se configura esta experiencia de cuidado según las dinámicas familiares y cómo, a su vez, la depresión influye en dichas dinámicas, además, si estas personas cuentan o no con las suficientes herramientas para ser una red de apoyo efectiva para el paciente, si han tenido orientación suficiente para enfrentarse a los cuidados que el paciente requiere, si tienen acceso a salud y atención en salud mental, cuáles son sus necesidades como cuidadores y cómo intentan solucionarlas, en sí, se intentará indagar sobre la experiencia del cuidado de una forma global para intentar hacer un acercamiento a estas vivencias que nos permita establecer una comparación sobre cómo se experimenta todo este proceso.

De acuerdo a lo expuesto hasta el momento, en el presente proyecto se plantea como problema de investigación la pregunta por cómo ha sido la experiencia en el cuidado de las cuidadoras principales de pacientes adolescentes diagnosticados con depresión que residen en Medellín y municipios aledaños.

Por lo anterior, hemos considerado el tema como un ámbito de investigación que requiere un cuidadoso análisis, es relevante para las ciencias sociales y en especial para la psicología ya

que busca indagar sobre una problemática poco explorada desde una perspectiva integral en el marco de la depresión como un trastorno que cada día afecta más a la población en general y en especial a los adolescentes. Por otra parte, desde el ámbito académico y profesional se ha insistido mucho en la importancia de la familia como red de apoyo en los trastornos psicológicos, pero, ¿realmente están preparadas para ser una red de apoyo efectiva?

Las familias se enfrentan muy posiblemente a una experiencia para la que no estaban preparadas, pues no hay certeza de que exista la psicoeducación suficiente en ellos y, más aún, en el cuidador, para que logre entender de qué se trata el trastorno mental con el que se diagnostica a su familiar, en este caso la depresión; cuáles son las necesidades de ese paciente, cómo enfrentarse a ellas, en qué momento y a dónde recurrir en busca de ayuda, cómo enfrentar un episodio depresivo, entre otras cuestiones que pueden surgir de esta experiencia y que determinan la forma en la que el cuidador se enfrentará a ello e incluso, determinan muchas variables de su propia vida, como su salud, la relación con el paciente, su vida laboral y social. Lo anterior cobra aún más relevancia si se estudia en la vida del paciente adolescente, pues esta es una etapa en la que tanto el joven como los padres se ven enfrentados a múltiples cambios.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Comprender las experiencias de cuidado de las cuidadoras principales de pacientes adolescentes diagnosticados con depresión en Medellín y el Oriente Antioqueño.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las prácticas de cuidado constantes que viven las familias con un miembro adolescente diagnosticado con depresión.
- Indagar acerca del conocimiento de prácticas de cuidado que tienen las cuidadoras con un miembro adolescente diagnosticado con depresión.
- Analizar cómo las posibilidades económicas de las familias influyen en el acceso al tratamiento y en las herramientas de las cuales disponen para ser una red de apoyo efectiva para el paciente adolescente con depresión.

4 Referente conceptual

4.1 Trastornos mentales

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición que da de salud la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (Puentes, s.f., párr. 2)

Como con la salud integral en referencia al bienestar subjetivo, la percepción de ser eficiente, autónomo, competente y capaz de regular las propias capacidades intelectuales y emocionales (Moreno et al., 2012). Teniendo en cuenta esto, es importante hacer hincapié en que la promoción de la salud no puede concebirse sin incluir la salud mental, de manera que la salud pública debe comprometerse en coordinar acciones para dar a este ámbito un lugar prioritario.

La unión de esfuerzos interdisciplinarios en torno a la investigación para generar programas de promoción y prevención en salud mental, permitiría disminuir la carga social del trastorno mental y mejorar considerablemente la calidad de vida de los pacientes por medio de la creación de estrategias de intervención efectivas y de planes de acción que permitan disminuir la gran brecha que hay en torno a la atención oportuna de quienes los padecen.

Los trastornos mentales, según la Organización Mundial de la Salud (2019), “se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás” (párr. 1). Entre los aspectos que pueden determinar la presencia de un trastorno mental se encuentran: características individuales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los otros, aspectos sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, también pueden influir el estrés, la herencia, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales

(Organización Mundial de la Salud, 2019). Pese a que actualmente se cuenta con tratamientos eficaces para prevenir y tratar algunos trastornos mentales, la falta de acceso a atención médica y servicios sociales conlleva a que dichos tratamientos no lleguen a todos aquellos que los requieren, lo cual trae consigo el hecho que los índices de prevalencia de estos trastornos se eleven cada vez más y, sin duda alguna, esto hace que se deteriore la salud de quienes los padecen, además de consecuencias para su familia, y fuertes consideraciones en términos de derechos humanos.

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. Estos trastornos se inician entre los 9 y los 23 años. La mediana en la edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos, como el episodio depresivo mayor, se sitúa en los 24 años, para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y la de los trastornos por uso de sustancias, entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años. La edad de inicio de otros trastornos, como el de ansiedad de separación en la infancia, el de déficit de atención, el de conducta, el negativista desafiante, el de ansiedad de separación del adulto y la bulimia nerviosa, se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años. (Posada, 2013, p. 1)

4.2 Depresión

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes y una de las principales causas de discapacidad en el mundo, se estima que más de 264 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por esta problemática, quienes en su gran mayoría son mujeres. La depresión se caracteriza por una profunda tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa, trastornos del sueño, baja autoestima, trastornos del apetito, falta de concentración, cansancio e incluso síntomas fisiológicos sin causas orgánicas aparentes (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Es importante hacer la distinción entre la depresión y las variaciones habituales del estado de ánimo o de las respuestas emocionales a los sucesos de la vida cotidiana, pues cuando la

depresión es de larga duración y de intensidad moderada a grave, puede causar mucho sufrimiento al paciente y a su familia, e incluso causa alteraciones en las actividades laborales, escolares y familiares, tanto así que en su estado más grave podría llevar al suicidio.

Desde los manuales diagnósticos CIE-10 y DSM-V, se ha clasificado la depresión según el número, la intensidad y la duración de los síntomas, dando lugar a tres posibles episodios depresivos; en primer lugar está el episodio depresivo leve (F32.0- 296.21), en segundo lugar el episodio depresivo moderado (F32.1- 296.22) y finalmente el episodio depresivo grave (F32.2- 296.23). Cuando los episodios depresivos en alguna de sus tres variables diagnósticas se presentan de manera constante se habla de lo que se denomina trastorno depresivo recurrente (F33- 296.3).

4.3 Depresión en adolescentes

Desde la Ley 1098 de 2006, modificada por la Ley 1878 de 2018, en donde se establece el código de infancia y adolescencia de Colombia, se ha establecido que la adolescencia ocurre entre los 12 y 18 años de edad, sin embargo para el presente trabajo se entenderá la adolescencia con una brecha más amplia de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (citada en Unicef, 2020) que “define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años” (párr. 4). Esta etapa de la vida es crucial para todo ser humano dado que allí ocurren sucesos vitales para el desarrollo del individuo pues, además de la acelerada maduración física y sexual, hay una transición hacia la independencia social, una búsqueda de la identidad individual, el desarrollo de la capacidad de razonamiento abstracto y la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones en la vida adulta.

Dado que es una época de exploración y autoconocimiento, los adolescentes se ven enfrentados a presiones sociales para el consumo de alcohol u otras sustancias y para el inicio de la vida sexual, lo cual puede conllevar, si no hay un debido acompañamiento, a que asuman conductas riesgosas como el abuso de sustancias o la práctica de relaciones sexuales sin la adecuada protección y, con ello, la exposición a enfermedades de transmisión sexual y/o embarazos no deseados, pues el adolescente no está en la plena capacidad de establecer las consecuencias de sus acciones a largo plazo, ni de concebir el grado de control y responsabilidad que debe tener sobre su propia salud.

Dado lo anterior, en esta etapa es de suma importancia el acompañamiento por parte de la familia, la comunidad, el colegio y los servicios de salud, pues, con una buena orientación y asesoramiento al adolescente en estos temas, se asegura una transición satisfactoria y tranquila a la edad adulta y se provee al adolescente de herramientas para el autocontrol y la reflexión en torno a sus actos y las consecuencias de estos.

Dicho esto, y tomando en cuenta los importantes cambios físicos y psicológicos que ocurren en esta etapa, es de suma importancia atender y prever los factores de riesgo que pueden conllevar a que algunos de estos jóvenes padezcan algún trastorno psicológico, pues se ha encontrado que el 26% de los casos de depresión en adultos iniciaron antes de los 18 años (González et al., 2018) y algunos de los factores de riesgo son la genética y el contexto familiar, social y académico.

[La depresión] en adolescentes tiene características generales similares que en los adultos; sin embargo, dentro de la presentación clínica del trastorno depresivo en los adolescentes aparecen síntomas como conductas negativistas, disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor, agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones, es posible que tengan pensamientos relativos al suicidio. (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016, p. 218)

Todo esto conlleva a que sea necesario generar planes de acción entre las familias, las escuelas y el sistema de salud para detectar tempranamente los jóvenes en riesgo de sufrir algún trastorno y así, tomar medidas que se ajusten a sus necesidades e intervenir de manera oportuna. Este tamizaje permitiría a los jóvenes contar con más acompañamiento y disminuir la probabilidad de que en la etapa adulta los trastornos continúen y sean más disfuncionales.

4.4 El papel de la familia en el curso de los trastornos mentales

Los trastornos mentales, pese a que han existido desde siempre, no han recibido la atención necesaria a lo largo de la historia del ser humano, han sido subestimados, discriminados, rechazados y rodeados de estigmas y prejuicios por la sociedad, esto conlleva múltiples repercusiones no solamente en la vida del paciente que padece un trastorno mental sino también en su núcleo familiar, es por esto que el papel de la familia es fundamental en los cuidados y curso de los trastornos mentales pues suele ser un impulsor determinante en aspectos como la búsqueda de ayuda y acompañamiento profesional.

Algunos investigadores han llegado a la conclusión de que no solamente quien padece un trastorno mental sufre las consecuencias, también la totalidad del núcleo familiar que brinda apoyo y cuidado. Acero et al. (2016) argumentan que “la familia sufre los síntomas, los efectos positivos y negativos de los tratamientos, y el proceso de recuperación, además de vivir su propio proceso de duelo por las implicaciones de la enfermedad como tal” (p. 204). En este sentido, la relación entre familia y trastornos mentales puede estudiarse en dos vías, la del impacto y consecuencias de la enfermedad mental sobre la familia y la de la familia como red de apoyo que proporciona cuidados al paciente con un trastorno mental, siendo ambas esenciales en el entendimiento de la problemática.

Dentro de los trastornos mentales, la depresión es una de las patologías que requiere mayor acompañamiento de las redes de apoyo familiares, dado que comúnmente es bastante incomprendida y confundida con bajones anímicos que el paciente puede controlar con buena actitud e iniciativa propia. Roca y Riccardi (2014) sostienen que la familia juega un rol fundamental en el restablecimiento y optimización de la salud mental del paciente, en especial cuando se trata de cuadros depresivos (p. 85).

En este sentido se hace imperativo que la red de apoyo primaria del paciente con depresión sea influenciada con conocimientos certeros y óptimos acerca del trastorno que va mucho más allá de la tristeza, esto con el fin de identificar y detectar las formas en que se debe actuar en los momentos correctos sin invadir o afectar al paciente, o por el contrario identificar los momentos en los que el paciente requiere asistencia profesional inmediata, además de permanecer cercanos

y disponibles para él, Roca y Riccardi (2014) afirman que “la recuperación del paciente es más rápida cuando no está aislado de sus familiares y o amigos” (p. 87). Por su parte Ferré (2008) coincide en que:

La escucha y el acompañamiento del familiar en su proceso de cuidador facilita el tratamiento, la evolución y la prevención de las recaídas en el enfermo depresivo, a la vez que aumenta la calidad de vida y disminuye el sufrimiento de los cuidadores familiares. (p. 182)

También es importante resaltar que al igual que diversos trastornos mentales, la familia puede verse seriamente afectada al intentar sobrellevar la carga de la depresión en su núcleo, pues se ven implicados aspectos prácticos, relacionales y emocionales que deben asumirse para proporcionar el soporte adecuado al paciente. Ferré (2008) plantea que “el hecho de convertirse en cuidador implica aspectos afectivos, emocionales y además conlleva un fuerte componente de contenido moral, lo que genera una sobrecarga física y emocional importante en los familiares que tienen una mayor implicación en el cuidado” (p. 182). Dentro de este orden de ideas es necesario considerar aquello que en diversas culturas, incluyendo la colombiana se entiende como familia, Arés (1993), postula:

Por definición, la familia es un grupo de personas que comparten vínculos de consanguinidad, parentesco y afecto, que está inmerso en una cultura y por tanto condicionado por los valores de la cultura en la que se desarrolla. La familia como grupo social, cumple funciones determinadas en el individuo y la sociedad, mediante las cuales transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas de riesgo para la salud, que condicionan en sus miembros estilos de afrontamiento característicos ante la presencia de la salud o la enfermedad (p. 23)

Se debe considerar entonces que cuando se habla de familia en diversos momentos y situaciones, no se habla de una única forma de concebir esta, pues las culturas y formas de vida dentro de un mismo contexto y territorio pueden tener múltiples variaciones. En este sentido, cuando se habla de redes de apoyo familiares de pacientes adolescentes con depresión, se pueden

encontrar diversos parientes que sean apoyo en esta situación, de acuerdo con Vargas (2014) existen diversas conformaciones de miembros de un mismo grupo que se reconocen como “familia”, entre ellos se encuentran:

Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (persona que vive sola); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional). (p. 57)

También es importante señalar la importancia que tiene la familia como unidad en la superación de diversas situaciones estresantes o conflictivas dentro del núcleo, pues aspectos como la resiliencia familiar pueden dar rumbos diferentes a las familias con la misma problemática, Ramírez y Hernández (2012) sostienen que:

La resiliencia familiar es el modo como la familia enfrenta y maneja la experiencia disociadora, amortigüe el estrés, se reorganice con eficacia y siga adelante con su vida y cómo esto influye en la adaptación inmediata y mediata de todos sus integrantes, así como en la supervivencia y bienestar de la unidad familiar. (p. 64)

En este sentido, se habla de la forma en la que la familia asume y tramita la nueva problemática de convivir con la depresión, debiendo reorganizar la nueva realidad en la que se vive con este trastorno.

4.5 Trastornos mentales y cuidados no formales

Colina (2003) recopila información fundamental para conceptualizar y delimitar los cuidados no formales en el curso de los trastornos mentales, especialmente aquellos de larga

duración pues, como se verá, en estos casos los cuidadores proveen la satisfacción de necesidades que el sistema de salud no podría cubrir.

En términos generales, Wright (citado en Colina, 2003) define la atención no formal como “[...] la prestación de cuidados a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (p. 3), es decir, estos cuidados se dan en un contexto íntimo y se establece a través de los lazos afectivos que ha construido el paciente con quienes lo rodean, además, se caracterizan porque, a diferencia de los cuidados formales, no están inscritos en la prestación de servicios de alguna entidad sanitaria ni son ofrecidos por personas instruidas específicamente en estas labores tales como médicos o enfermeras.

El autor propone dos enfoques desde los cuales se pueden estudiar estos tipos de cuidados, en primer lugar está el enfoque desde la perspectiva del sistema, el cual, a su vez se divide en tres modelos: el modelo de complementariedad o especificidad de tareas propone que las labores prestadas desde los cuidados formales y desde los cuidados no formales, son estructuralmente diferentes pero actúan de forma paralela; por su parte, el modelo de sustitución o jerárquico compensatorio, concibe que puede ser ejercido por cualquiera de estas instancias, pero cada sistema interviene en la ausencia de disponibilidad del otro. Finalmente, el modelo holístico plantea una estrecha relación entre ambos sistemas de cuidado, tanto así que surge una tercera vía de cuidados, los cuidados cuasi-formales, en los que se encuentran los grupos de ayuda mutua, el voluntariado y las asociaciones de personas que padecen trastornos mentales y sus familiares.

El segundo enfoque es aquel que se plantea desde la perspectiva del cuidador y se divide en: modelo del cuidador como recurso, en el cual el foco se centra en la persona cuidada y el cuidador sólo es tomado en consideración en la medida en que presta sus atenciones y aporta con ellos al sistema formal de cuidados desde el ámbito sanitario; el modelo de cuidador como co-trabajador percibe a los cuidados no formales en estrecha relación a los cuidados formales pues ambos llevan a cabo atenciones en pro del bienestar del paciente, pero se diferencian en la medida en que los primeros son llevados a cabo por familiares o amigos del paciente, mientras que, los formales son realizados por personal calificado exclusivamente para el cuidado de la salud, sin

embargo, ambos cuidados se conciben como complementarios y necesarios para un tratamiento eficaz.

Por último, la perspectiva del cuidador como cliente concibe que tanto el cuidador como el paciente son focos de atención sobre los cuales el profesional debe intervenir. Colina (2003) plantea una propuesta alternativa desde la cual el sistema de atención formal debe trabajar conjuntamente con el cuidador no formal, siendo así, se da a los cuidados no formales un rol valioso e irremplazable pues estas labores de cuidado no podrían llevarse a cabo por otras personas que no fuesen cercanas al contexto íntimo del paciente. En cuanto al perfil del cuidador no formal, el autor plantea que las investigaciones recopiladas han arrojado los siguientes resultados:

[...] El 83% está integrado por mujeres, de las que un 43% son hijas, un 22% esposas, 7.5% nueras; su edad media es de 52 años y el 20% supera los 65 años; en su gran mayoría son casados (77%); y en un 60%, comparten el domicilio con la persona que cuidan. En el 80% de los casos, el cuidador no posee una actividad remunerada; el 60% no recibe ayuda de otras personas. Apenas se da la sustitución en las labores de cuidado, que es por parte de otro familiar en un 20%; y una parte considerable de los cuidadores no formales (17%), deben compartir las labores de cuidado con otros familiares, como es el caso de las demandas de los hijos. (Colina, 2003, p. 6)

En términos generales los cuidados se llevan a cabo por un cuidador principal que asume la mayoría estas labores, las dinámicas surgidas en torno a ello conllevan a que el cuidador vivencie muchos cambios en su vida, algunas de los cuales son: cambios en las relaciones familiares a raíz de sus obligaciones de cuidado, cambios en su situación económica y laboral, cambios en su tiempo libre, en el estado de ánimo e incluso en la propia salud.

En cuanto a las labores concretas que realiza el cuidador no formal se encuentran principalmente las labores domésticas, ayudar al paciente a moverse dentro del hogar y fuera de él para la realización de diligencias, asistencia a citas médicas, compras o cualquier otra actividad que requiera, además, supervisa la toma de medicamentos y debe mantenerse alerta a posibles

reacciones adversas de estos, por otra parte, facilita y media la comunicación del paciente con otras personas e incluso puede ser intermediario en la gestión de conflictos, por último y quizá lo más importante, brinda apoyo emocional y compañía.

En el ámbito de los trastornos mentales de larga duración, el autor resalta que hay una imperiosa necesidad de que los cuidadores lleven a cabo tanto labores de cuidados formales como no formales, por ello es de vital importancia que el personal de salud guíe al cuidador familiar en los requerimientos del paciente y en la comprensión del trastorno, pues debería estar informado en temas como medicación, efectos secundarios de esta, cómo identificar y a dónde acudir en caso de una crisis o episodio, cuáles son las principales características del trastorno, entre otros asuntos que pueden ayudarlo a dar cuidados más oportunos, en sí, se debe hacer psicoeducación en los familiares para que puedan comprender mejor las necesidades y el comportamiento de su familiar.

Sin embargo, pese a que ya se ha reconocido el papel del cuidador familiar en el curso del tratamiento de los trastornos mentales, aún falta investigar más a profundidad las necesidades de los cuidadores, la sobrecarga que pueden sentir a raíz del estrés y las dificultades de comunicación que pueden tener con su familiar. Biegen y Yamatani (citados en Colina, 2003), han evidenciado que los familiares cuidadores de pacientes con trastornos mentales de larga duración perciben como problemas cotidianos “el comportamiento de su pariente, la dificultad para establecer compatibilidad en cuanto a sus necesidades y las de sus parientes; la sobrecarga que genera el proporcionar los cuidados relacionados al tratamiento médico, como en el caso de administrar medicación” (p. 11). Por tanto, algunas de las necesidades de los cuidadores familiares son relacionarse con personas que tengan problemáticas similares a las suyas, necesidad de ayuda y comprensión en cuanto a la sintomatología, manejo de sus parientes y necesidad de instituciones alternas a dónde acudir cuando sea necesario.

4.6 Depresión y cuidados no formales

El tema de los cuidados no formales se ha abordado con mayor detenimiento desde el ámbito de la enfermería, un ejemplo de ello es el estudio de Ferré (2008), en donde se ilustran las principales características que conlleva el cuidado de los pacientes depresivos por fuera del ámbito sanitario. En primer lugar, es importante resaltar que la familia es el contexto social que tiene

mayor relevancia en el curso de una enfermedad, en el ámbito de la salud mental se ha podido establecer a través de evidencias que las dinámicas familiares influyen de alguna manera en el curso de la enfermedad, ya sea facilitando o interfiriendo en el tratamiento de este, pues los cambios en las relaciones familiares afecta la forma en la que la familia se involucra en el tratamiento del paciente, y la manera en la que se dan y perciben los cuidados.

La investigación de Ferré (2008) encontró que generalmente hay una persona que asume los aspectos prácticos del cuidado del paciente depresivo tales como cuidar los niños, hacer compras, hacer diligencias, entre otras, mientras que hay otra que se encarga de brindar soporte emocional, escuchar y consolar. Esta forma de asunción de roles se evidencia más claramente cuando el paciente depresivo es mujer, pues generalmente es escuchada y consolada por otra mujer pese a que tenga una pareja que se encargue de los aspectos prácticos del cuidado.

Los cuidadores reportaron que sus labores en torno al trastorno depresivo de su familiar han generado en ellos conflictos de convivencia en la vida cotidiana y, sobre todo, renuncias en cuanto a aspectos de su propia vida familiar, aspectos personales (como en el caso de hijas cuidadoras a las que se les dificulta independizarse por los cuidados que requiere su madre depresiva), e incluso laborales pues los cuidados del paciente requieren en muchos casos de una presencia constante. Estas renuncias personales generan conflictos internos en el cuidador, además de sentimientos encontrados pues, pese a su dedicación en el cuidado del paciente, siente que no recibe el reconocimiento esperado por su labor, tanto por el paciente como por los demás miembros de la familia o de la sociedad.

Todos estos conflictos implicados en el cuidado conllevan a que muchos de los participantes entrevistados coinciden en que el cuidado y la convivencia con un familiar depresivo es una experiencia muy dura y difícil de comprender tanto para el paciente como para quienes lo rodean, muchos de ellos incluso lo comparan con su experiencia en el cuidado de familiares con enfermedades de tipo orgánico y coinciden en que, pese a que exigían mayor carga física, no les causaban tanto sufrimiento, tanta crítica e incomprensión tanto por parte del paciente como de quienes lo rodean.

Tanta es la carga emocional de los cuidadores que, en los casos recopilados por Ferré (2008) en los cuales la madre es quien cuidaba de su hija o hijo con depresión, con el tiempo la madre llegaba a padecer síntomas e incluso episodios depresivos producto del cuidado, además de un gran sufrimiento pues la madre llega a abandonar otras actividades para dedicarse exclusivamente al cuidado de su hijo, lo cual genera sufrimiento tanto para ella como para el paciente.

Como se puede evidenciar, pese a que el papel de la familia tiene un lugar importante en el curso del trastorno depresivo, las tareas de cuidado no se reparten de forma equitativa entre los miembros pues, como puede notarse, las labores generalmente las asume una sola persona, en la mayoría de ocasiones mujeres y sobre él recae la carga emocional que implica el cuidado.

La asunción del rol de cuidador se va asumiendo durante el transcurso de la enfermedad de manera inconsciente y progresiva y como una estrategia para adaptarse a la situación familiar, en todos los casos, quienes asumen el cuidado del paciente por fuera del ámbito sanitario, constatan que la depresión genera un impacto significativo en las dinámicas familiares, especialmente en aquel miembro que asume el rol de cuidador principal, por tanto, es importante que los profesionales en salud acompañen al familiar, escuchen sus necesidades y lo orienten en su proceso y en el rol que asumió para así prevenir la aparición de síntomas depresivos y generar una mejor comprensión del trastorno que conlleva, a su vez, a que el cuidador lleve a cabo cuidados más oportunos y eficientes.

4.7 Salud mental y posición socioeconómica

Alrededor del mundo existen divisiones marcadas y reconocidas de clases sociales, Ortiz et al. (2007) señalan que “América Latina es la región con mayor polarización socioeconómica, es decir, donde la riqueza está más concentrada en una menor proporción de la población” (p. 1256). En Colombia, esta característica se conoce especialmente como nivel o estrato socioeconómico que se mide a través de censos poblacionales y que permiten conocer el estado y las necesidades específicas de la población sobre el territorio. La Ley 142 de 1994 en su artículo 102 nos expresa la asignación del estrato socioeconómico a los grupos familiares de acuerdo con múltiples

características de la vivienda, siendo 6 niveles de clasificación del estrato socioeconómico: “1) bajo-bajo, 2) bajo, 3) medio-bajo, 4) medio, 5) medio alto, y 6) alto”.

De acuerdo con esto, en la cotidianidad suelen ser bastante evidentes las grandes diferencias entre estos grupos sociales, siendo mayormente favorecidos unos frente a los otros, e incluso llegando a obtener tratos y derechos diferenciales en varias esferas como la educativa, la social, la de salud, entre otras. Respecto a la salud, se debe tener en cuenta la globalidad del concepto, pues aquí caben los aspectos físicos y psíquicos del individuo y el grupo familiar, por lo cual la atención en salud mental también tiene notables diferencias de acuerdo al estrato socioeconómico, en características que van desde el conocimiento y reconocimiento de los trastornos mentales hasta su tratamiento, procesos en los que se presentan barreras y facilidades de acuerdo al nivel social de los individuos. Ortiz et al. (2007) en su revisión bibliográfica encontraron que:

En los adultos de países de América Latina el pertenecer a estratos socioeconómicos bajos se asocia con mayor riesgo de: intento de suicidio, sintomatología depresiva evaluada mediante escalas psicométricas, trastornos mentales comunes (básicamente depresión y ansiedad) evaluados a través de cuestionarios validados contra entrevistas psiquiátricas estandarizadas y con trastornos mentales evaluados mediante entrevistas diagnósticas (e.g. CIDI) que permiten diferenciar cuadros clínicos específicos como trastornos del estado de ánimo, fobias, ansiedad, disfunción sexual y déficit cognitivo. (p. 1259)

Asimismo, señalan que “aunque existen menos estudios, se ha observado la misma tendencia en el caso de adolescentes y jóvenes” (Ortiz et al., 2007, p. 1263) en cuanto a la correlación entre la posición socioeconómica y el padecimiento de trastornos mentales.

Por otra parte, la pertenencia a un estrato socioeconómico y todas sus características e implicaciones, suelen determinar el curso de un trastorno mental, debido no solo a los accesos a la atención integral en salud mental sino a las diversas concepciones socioculturales que se forman alrededor de los trastornos mentales y que facilitan o dificultan aspectos fundamentales como la idea que se tiene acerca del trastorno, el pedido de ayuda o en su defecto el brindado de esta, la identificación y reconocimiento de las señales de alarma; y en general las consecuencias físicas,

cognitivas, emocionales e interpersonales de padecer o tener un miembro dentro de la familia con un trastorno mental.

Cabe aclarar que la salud mental va mucho más allá de la ausencia de un trastorno o enfermedad mental, Vidales y Hogg Foundation for Mental Health (citados en Moreno et al., 2012) sostienen que la salud mental “tiene relación con la vida cotidiana de todas las personas, con el modo con que cada uno se lleva con sus familias, en el colegio, en el trabajo, en el juego, con sus pares, en su barrio y con la comunidad” (p. 22), en este sentido, la salud mental se ve fuertemente influenciada por el nivel social al que pertenecen los sujetos y que acaba por determinar características individuales y colectivas. Moreno et al. (2012) señalan: “respecto al estrato y su relación con los diagnósticos más frecuentes, se encontró que en el estrato 3 es donde más problemas de aprendizaje y retardo mental se presentan” (p. 29), además sostienen que los estratos que más consultan en los servicios de salud mental son el tres, seguido por el dos (p. 27), lo que evidencia la vulnerabilidad de esta población en cuanto a las necesidades de atención en salud mental desde la globalidad del concepto.

4.8 Posición socioeconómica y depresión

Como se ha mencionado anteriormente, la depresión junto con la ansiedad son los dos trastornos del estado del ánimo más comunes en la actualidad y sobre los que más se han interesado por estudiar las diferentes disciplinas de las áreas sociales y de la salud desde diferentes perspectivas. Es importante considerar que la depresión como trastorno común y frecuente en la población adolescente colombiana, pasa por todas las particularidades de la relación entre salud mental y estrato socioeconómico anteriormente mencionada, siendo este trastorno una causal de ausencia de salud mental y que por supuesto también tiene sus marcadas variaciones en la vivencia individual, familiar y social de la enfermedad de acuerdo con el nivel social o estrato socioeconómico del paciente con depresión y su familia. Ferrel et al. (2011) manifiestan que frente a la depresión, “el estrato socioeconómico aparece como un factor fundamental desencadenante de dicha enfermedad, ya que a menor estrato socioeconómico al que pertenezcan los jóvenes, mayor nivel de depresión aparecerá” (p. 53).

Es importante señalar que el factor desencadenante no es estrictamente el estrato socioeconómico sino las características que ello supone, pues generalmente un estrato socioeconómico bajo trae consigo ambientes de violencia social, intrafamiliar, carencias en múltiples dimensiones, contextos de drogadicción o alcoholismo, barreras en los accesos a diferentes servicios, familias disfuncionales, entre otros que pueden ser desencadenantes, mantenedores o perpetuadores del trastorno; por el contrario, estos escenarios suelen ser menos comunes en los estratos socioeconómicos más altos (Quiceno y Vinaccia, 2014), encontraron en su estudio que “los adolescentes de estrato medio y alto puntúan menos en niveles de depresión que los del estrato bajo” (p. 164), dejando en evidencia que existen relaciones directamente proporcionales entre el estrato socioeconómico y el padecimiento de depresión, teniendo el nivel social un papel importante en las causas y consecuencias del trastorno.

5 Diseño metodológico

5.1 Enfoque

El enfoque que se utilizó en esta investigación es de tipo cualitativo. Hernández et al. (2014) propone que este enfoque tiene como objetivo comprender los fenómenos, siendo estos explorados desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con su contexto. Se selecciona cuando la finalidad es examinar la forma en la que las personas perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, para profundizar en los puntos de vista, significados e interpretaciones (p. 358).

Por su parte, Strauss y Corbin (2012) plantean que la investigación cualitativa es aquella en la que se producen hallazgos sin mediación de procedimientos estadísticos u otras formas de cuantificación; puede abarcar investigaciones sobre la vida de las personas, experiencias vividas, comportamientos, emociones y sentimientos, además de funcionamiento de las organizaciones, movimientos sociales, fenómenos culturales e interacción entre naciones (pp. 19-20).

Producto de la revisión bibliográfica del tema, surge la necesidad de indagar más a fondo sobre esas experiencias de cuidado en el paciente depresivo y sobre el rol que cumple el cuidador familiar en el curso de la enfermedad, especialmente cuando son pacientes adolescentes; para lograr esto es necesario escuchar al cuidador, saber cómo concibe él la depresión y la manera en que ve su experiencia de cuidado, por ello se utilizó el método cualitativo, pues, como se ha visto, es este el que permite indagar por la experiencia, por las emociones y motivaciones, sobre las dinámicas que surgen a raíz del trastorno, cómo se perciben estas y cómo a partir de allí se configuran las relaciones entre paciente-cuidador y con el círculo familiar en general.

5.2 Método: fenomenológico-hermenéutico

La presente investigación está orientada por el método fenomenológico hermenéutico, propio de la investigación cualitativa. Éste pretende un acercamiento a las personas y/o familias que son nuestro objeto de estudio e indagar por su experiencia subjetiva, adicionalmente busca generar una reflexión crítica por parte de las investigadoras que permita conjugar la información recolectada de la experiencia con los avances y producción teórica y científica que sobre dicha

problemática se haya tratado hasta el momento. Al realizar un estudio fenomenológico se trata de indagar sobre la experiencia vivida sin la intención o el deseo de acudir a explicaciones causales (Holstein y Gubrium, citados en Sandoval, 1996, p. 59).

Por otra parte, se hace necesario el conocimiento adecuado de la problemática y las características que alrededor de ella existan con el fin de comprender a cabalidad la expresión y manifestación de la experiencia por parte de los participantes y, en este sentido, poderla articular con las teorías pertinentes que hagan viable, comprensible y lógica su interpretación. Fuster (2019) sostiene que:

El método fenomenológico admite explorar en la conciencia de la persona, es decir, entender la esencia misma, el modo de percibir la vida a través de experiencias, los significados que las rodean y son definidas en la vida psíquica del individuo. (p. 5)

Por otra parte, la hermenéutica apunta a la comprensión del otro no sólo desde lo expresado verbalmente, sino también desde lo que hay detrás de su discurso, dicho en otras palabras, la hermenéutica es “el proceso que permite revelar los significados de las cosas que se encuentran en la conciencia de la persona e interpretarlas por medio de la palabra” (Dilthey, citado en Fuster, 2019, p. 6), se trata principalmente de explicitar lo que vemos, sea el comportamiento de los otros, la conducta verbal y no verbal de las personas, la cultura, el sistema de organizaciones y, a su vez, revelar los significados que hay tras ello, pero conservando siempre su singularidad (Fuster, 2019).

El método fenomenológico-hermenéutico es el que permitió preguntar al cuidador por esa experiencia vivida y hacer un análisis de ello, pues es precisamente su discurso lo que nos muestra el proceso interpretativo de la vivencia de cuidado, de manera que nos permitió acercarnos a ese plano subjetivo de la interpretación individual con respecto a la experiencia de cuidado, la cual será propia de cada familia de acuerdo a los vínculos establecidos en su interior, los recursos subjetivos del cuidador, del paciente y de cada miembro de la familia en general, así mismo, los recursos económicos y las ayudas disponibles con las que cuentan.

Los discursos que surgen de allí son susceptibles de interpretación y permitieron la generación de significados que sean comunes o no con el resto de las familias.

5.3 Estrategia

Para esta investigación se ha considerado que la estrategia más acorde a los objetivos planteados es el estudio de casos múltiples, el cual permite al investigador “alcanzar mayor comprensión y claridad sobre un tema o aspecto teórico concreto, o indagar sobre un fenómeno, una población o una condición en particular” (Galeano, 2012, p. 68), además, el estudio de caso permite un análisis detallado y estructurado de información con respecto a un individuo, un grupo o institución, permitiendo obtener información más detallada sobre un caso, persona o población específica (p. 68).

Teniendo en cuenta que el propósito de este estudio es indagar por la experiencia familiar de cuidado del adolescente con depresión, el estudio de casos múltiples es la estrategia que permitió pesquisar por esa información con más detalle, pues se busca identificar a través del discurso las particularidades de cada familia, y cuáles son sus prácticas de cuidado al paciente depresivo, para, posteriormente, extraer los aspectos comunes y/o diferentes que vivencia cada familia según sus características, necesidades y los recursos de ayuda con los que dispone.

5.4 Técnicas de recolección de información

La técnica de recolección de información en este estudio es la entrevista semiestructurada, la cual permite establecer, previo al encuentro, un guión con las preguntas que al entrevistador le parezca oportuno plantear desde algún punto de referencia (Perpiñá, 2012, p. 31), en este caso, con base en los objetivos de la investigación. Esta guía posibilita al investigador llevar unas preguntas base que lo orienten en los temas a tratar pero, con la libertad de intervenir con preguntas adicionales que puedan surgir a raíz del relato del entrevistado. La entrevista semiestructurada permite tener claridad sobre los focos temáticos a tratar y, a su vez, genera la oportunidad de indagar sobre otros aspectos que puedan surgir; de manera que el entrevistador está en la libertad de explorar más sobre un tema en específico e incluso encontrar nuevas variables a profundizar durante el relato, siempre y cuando se cumplan los objetivos trazados.

Se considera la entrevista semiestructurada la técnica de recolección de información adecuada para este estudio pues, permitió enfocar la entrevista desde las preguntas planteadas acorde a los objetivos y también, estar abiertos a encontrar información valiosa en los temas que

el mismo entrevistado proponga durante la entrevista, pues, si bien somos nosotras las investigadoras, son ellos los expertos en el tema, de manera que su discurso nos mostrará la realidad del cuidador, su visión acerca de la experiencia de cuidado y los significados que atribuye a ella.

5.5 Población y muestra

La investigación está dirigida al cuidador familiar principal de pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión en cualquiera de sus variables diagnósticas. La muestra estuvo compuesta por cinco cuidadoras principales, con las cuales se realizó una entrevista semiestructurada, la cual fue grabada con previa autorización de los participantes para facilitar su posterior análisis. Fueron informadas sobre el objetivo de la investigación, y se les dio garantía de confidencialidad en el tratamiento de la información.

- Criterios de inclusión: se entrevistaron personas mayores de edad que hagan las veces de cuidadores principales de pacientes adolescentes con depresión. Adicionalmente, sólo fueron tenidos en cuenta cuidadores de pacientes que ya tengan o hayan tenido en tiempo reciente un diagnóstico formal de episodio depresivo debidamente consignado en la historia clínica e impartido por un profesional de la salud.
- Criterios de exclusión: no se entrevistaron menores de edad, ni familiares de pacientes con un diagnóstico diferente al mencionado, tampoco se tuvieron en cuenta personas que están en contacto ocasional con el paciente ni aquellos que no estén al tanto de las dinámicas familiares.

5.6 Plan de recolección y análisis de la información

Se realizó contacto con los agentes portadores de la información requerida, estos fueron las familias con la experiencia de tener en su núcleo familiar interno adolescentes diagnosticados con depresión. El contacto con estas familias se hizo por medio de la divulgación voz a voz de las necesidades y objetivos del presente proyecto de investigación. La información recolectada en este ejercicio investigativo fue grabada y posteriormente transcrita guardando precisión con las formas

de expresión de las personas entrevistadas. En la transcripción se usaron códigos para identificar a las diferentes personas participantes, a fin de proteger su identidad e integridad.

Una vez recolectada la información se analizó a través de la técnica de análisis de contenido (Mayer y Quellet, 1991); esta codificación permitió establecer correlaciones para la construcción de análisis e interpretaciones del discurso de los entrevistados. Dicho análisis fue el insumo para consolidar un informe final de los resultados de la investigación.

5.7 Unidades de análisis o variables

- Depresión
- Cuidadores
- Adolescente

5.8 Consideraciones éticas

De acuerdo con la Ley 1090 de 2006, por medio de la cual “se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones”, la presente investigación se basó en los lineamientos que dicha ley expone en su Capítulo VII para el tratamiento de los datos, la confidencialidad y transparencia con los participantes de este ejercicio, dando paso a las siguientes consideraciones:

Se proporcionó a cada participante de la investigación un consentimiento informado (Anexo 1) donde se explicó el propósito del estudio, las consecuencias, derechos y responsabilidades que adquieren al ser partícipes del proyecto. Además, se dejó en claro la voluntariedad en la participación del estudio, resaltando el derecho de cada persona a decidir libremente la desvinculación del proceso en el momento que así lo desee.

El uso de la información derivada de las entrevistas personales y/o grupales en las familias mantuvo un carácter confidencial, para lo cual se asignaron códigos en la transcripción y posterior análisis de la información, de modo que pudo conservarse el anonimato y la protección a la identidad de la persona tanto en el proceso de análisis e interpretación, como en la escritura de

informes y otros textos derivados. Del mismo modo, en esta investigación sólo fue usada la información que cada informante autorizó.

Las entrevistas individuales con las cuidadoras se consideran procedimientos de riesgo mínimo a nivel psicológico, psiquiátrico o médico; sin embargo, es probable que surjan estados psicológicos de malestar asociados a las vivencias relatadas en torno a las experiencias de tener a un familiar adolescente diagnosticado con depresión y las diversas situaciones, emociones y sentimientos que suelen estar vinculados a este proceso. En este caso, las investigadoras están capacitadas para escuchar a los sujetos y permitirles un espacio de contención emocional, sin que esto signifique que las entrevistas de tipo investigativo deriven en procesos terapéuticos.

Por último, las investigadoras se comprometieron a hacer una devolución de los resultados obtenidos en la investigación a las cuidadoras que participaron de ella. Esto se hizo mediante la socialización de los hallazgos y por medio de la publicación de estos en bases de datos de trabajos de grado de la Universidad de Antioquia.

6 Hallazgos

Desde del análisis de las entrevistas realizadas y a partir de la técnica de análisis de contenido (Mayer y Quellet, 1991) se han agrupado los resultados de la investigación en diez categorías que permiten describir la experiencia de las cuidadoras de pacientes adolescentes con depresión en Antioquia. El orden de las categorías pretende generar contexto de las implicaciones y dificultades que impactan directamente a las cuidadoras. La primera categoría alude a *Información sociodemográfica* que engloba las características sociales y demográficas de los participantes y del adolescente. La segunda está dirigida a los *Antecedentes*, haciendo referencia a antecedentes familiares de enfermedad mental y/o física, y poniendo especial énfasis en historiales de depresión y antecedentes de consumo de sustancias. Por su parte, la categoría *Contexto* pretende abarcar la información familiar y social que rodea al adolescente y su familia, para comprender cómo esto influye en el relacionamiento y en la evolución del diagnóstico.

Con el fin de adentrarse en el adolescente y las características del trastorno en este momento evolutivo, se han generado las siguientes categorías: *Síntomas*, la cual se aborda desde una perspectiva cronológica que permite describir los síntomas iniciales a partir de los cuales la familia decide buscar ayuda profesional, los síntomas actuales, posibles eventualidades como episodios de autoagresión, ideación suicida, hospitalizaciones psiquiátricas; que pueden tener un impacto en la salud física del paciente y que representan, a su vez, un reto para el cuidador. Dando continuidad a la anterior categoría se hace imperativo hablar de *Comportamiento*, aquí se describirán aquellas conductas que presentan los adolescentes que pueden ser propias de su actual etapa evolutiva y del trastorno, esto permite analizar la influencia de dichos comportamientos en la relación del adolescente con su entorno.

La categoría *Diagnóstico* pretende describir la experiencia e implicaciones que ha tenido el diagnóstico de depresión en el adolescente y en su red familiar. En este orden de ideas se plantea la categoría *Tratamiento* que considera los tratamientos del paciente desde un abordaje cronológico, permitiendo analizar la evolución del diagnóstico y la adherencia al tratamiento del adolescente, su relación con la medicación y las afectaciones al proceso que pudieron haber surgido a raíz de la coyuntura por la pandemia por COVID-19.

Asimismo, la categoría *Sistema de salud*, es fundamental a la hora de analizar la calidad de la atención, de los tratamientos y la continuidad de estos; además, las repercusiones económicas del tratamiento en las dinámicas familiares.

El contexto anterior nos permite comprender una nueva categoría que aborda el papel de las *Cuidadoras*, los retos, temores, recursos internos y externos que encuentran para afrontar su rol; y las implicaciones que tiene todo esto en su salud física y mental. Finalmente se abordan las *Concepciones sobre la depresión*, donde se analiza desde la voz de las cuidadoras cuáles son sus imaginarios alrededor de la depresión desde su propia experiencia.

6.1 Información sociodemográfica

Teniendo en cuenta las características de este estudio se hace necesario definir las particularidades de los cuidadores y las familias y, a su vez, de los adolescentes, con el fin de comprender cómo todo ello influye en las vivencias en torno a la experiencia de cuidado. Los cinco casos estudiados responden a las siguientes características: la edad de las cuidadoras oscila entre los 23 y 56 años, de las cuales cuatro de ellas eran madres de los adolescentes y una de ellas era la hermana. Dos de ellas se dedican a las labores del hogar, una es estilista, una es estudiante universitaria, y otra coordinadora de laboratorio y a su vez estudiante universitaria. En cuanto a estrato socioeconómico, tanto las cuidadoras como los adolescentes pertenecen a los estratos 1,2 y 3, cuatro de las familias viven en zona urbana de Medellín y una de ellas en zona rural de un municipio del Oriente Antioqueño.

En cuanto a las características de los adolescentes, cuatro son mujeres y uno es hombre, las edades oscilan entre 14 y 19 años, todos son estudiantes, dos de ellos de educación superior, dos de bachillerato y uno de estudios técnicos.

6.2 Antecedentes

Con el fin de comprender el contexto familiar en el cual ha crecido el adolescente y posibles predisposiciones a padecer el trastorno depresivo, se hace necesario conocer diferentes antecedentes del grupo familiar. Respecto a los antecedentes de salud mental se encontró que en todas las familias hay antecedentes de enfermedad mental con y sin diagnóstico, bien sea en

madres, tías, primas o abuelas de los adolescentes, entre los que se encuentran esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar, en la mayoría de los casos sin tratamiento, en algunos con intento de suicidio y uno de ellos que llegó al acto. Respecto a la salud física de adolescentes, cuidadoras y red familiar se encontró que por parte de los adolescentes, en algunos casos, la depresión está asociada con trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y trastornos alimenticios que repercuten directamente sobre su salud física. Entre las cuidadoras y parientes de primer y segundo grado de consanguinidad del adolescente se encontraron patologías como cáncer, síndrome de Klippel Feil, Parkinson, alteraciones en el sueño y en la alimentación, alteraciones en la presión arterial e hipertiriodismo.

Asimismo, se indagó por los antecedentes de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas dentro de la red familiar y se encontró que en dos de ellas el padre biológico era consumidor recurrente de sustancias psicoactivas y otro de alcohol; también se hallaron consumidores de alcohol ocasionales y consumo de drogas en familiares de segundo grado del adolescente.

6.3 Contexto

La composición familiar de los adolescentes se divide en los tipos tradicional y no tradicional. En la tradicional encontramos dos familias compuestas por figura materna, figura paterna, el adolescente y hermanos menores, sin embargo, es importante hacer la aclaración de que dicha figura paterna no corresponde al padre biológico del adolescente sino a su padrastro y padre biológico de los hermanos menores. Otra de las familias se compone de figura materna, abuelos maternos y adolescente; otra de ellas se compone por la figura materna, adolescente y hermana mayor y la última de ellas se compone por figura materna y adolescente, teniendo entre ellas el patrón común de la ausencia del padre biológico en la convivencia.

En cuanto a las relaciones familiares, en especial la del cuidador con el adolescente se encontró que esta es buena y sin conflictos en todos los casos, sin embargo, se presentan altibajos producto de las conductas sobreprotectoras que pueden llegar a tener las cuidadoras y de las conductas propias de la adolescencia y/o del trastorno que pueden resultar problemáticas en las relaciones interpersonales, especialmente con quienes se convive la mayor parte del tiempo.

Adicionalmente se encontró que las dinámicas familiares pueden resultar alteradas a raíz del diagnóstico y, a su vez, traer transformaciones en los núcleos: “[...] es que el problema que tiene una persona lo tiene toda la familia, porque eso como que hace como que esa estabilidad familiar se vea comprometida y se ve muy comprometida” (entrevista personal, cuidadora 2, 2021).

Por otra parte, en lo que respecta a la relación y vínculo con el padre biológico, en todos los casos esta se encuentra afectada, en dos de ellos el vínculo es inexistente, uno por fallecimiento del padre; en tres de los casos la relación es intermitente y en uno de ellos conflictiva. En todos los casos las cuidadoras relacionan la calidad del vínculo con el padre como un desencadenante o agravante del trastorno depresivo en los adolescentes.

Respecto a las redes de apoyo para el adolescente: en uno de los casos sólo es la madre quien brinda soporte y acompañamiento; en dos de las familias los padrastros, las madres y los hermanos menores se articulan como una red de apoyo disponible para el paciente; en otro la madre es la red de apoyo principal en el ámbito emocional y cuentan con la cooperación económica de una tía de la adolescente para el tratamiento particular; finalmente, en el quinto caso es la hermana quien cumple este rol tanto desde el acompañamiento emocional como el soporte económico, sin embargo, hay apoyo afectivo de la madre y otros miembros de la familia.

El contexto social de los adolescentes también influye significativamente en el desarrollo y manifestación de la depresión, se ha encontrado que en la mayoría de los casos los adolescentes tienen círculos sociales reducidos pues generalmente prefieren actividades en solitario o con pocos amigos, solo en uno de los casos la cuidadora menciona una pareja sentimental que también cumple las veces de red de apoyo. También se ha encontrado en dos casos un ambiente escolar hostil que puede tornarse como un agravante de los síntomas depresivos y repercute directamente en las relaciones con sus pares y en el rendimiento académico, esto era propiciado por la falta de acompañamiento desde los colegios a los adolescentes y el ignorar las condiciones particulares por las cuales ellos están atravesando.

Por otra parte, en uno de los casos el contexto social estuvo marcado por conflictos internos sociales en el barrio en donde vivían, razón por la cual la familia fue desplazada y la adolescente vivió una experiencia de agresión que desencadenó los primeros síntomas de la depresión.

6.4 Síntomas

Los síntomas que presentan los adolescentes permiten comprender las dinámicas familiares, pues a partir de ellos se estructura el relacionamiento interpersonal entre el adolescente, sus círculos familiares y sociales y, a su vez, los temores y retos a los que se ven confrontadas las cuidadoras. Desde una mirada retrospectiva se encontró que los síntomas a partir de los cuales las familias deciden buscar ayuda profesional para el adolescente van desde el retraimiento y distanciamiento de los círculos sociales, la publicación de contenido en redes sociales que alude a la tristeza profunda y el suicidio, las autolesiones como cutting e intentos de suicidio con ingesta excesiva de pastillas, episodios de crisis emocionales, bajo rendimiento escolar, alteraciones del sueño, pérdida de interés y motivación en actividades cotidianas, ideación suicida comunicada y somatización.

Las cuidadoras manifiestan que gracias a los tratamientos, la medicación y la culminación de etapas evolutivas del paciente, evidencian algunas mejoras en los síntomas iniciales en comparación con los actuales, siendo aún persistentes los cambios constantes y repentinos en el estado de ánimo, el retraimiento, el distanciamiento social y las crisis emocionales, que en uno de los casos ha llegado incluso a la internación en hospital psiquiátrico.

Se indagó, además, a las cuidadoras por la atribución que le daban a los síntomas que presentaban los adolescentes y se encontró que en cuatro de los casos las cuidadoras atribuyen el origen de los síntomas a la depresión, sin embargo reconocen que la etapa evolutiva de la adolescencia por la cual atraviesan sus seres queridos maximiza la manifestación de dichos síntomas, pues es una etapa de muchos cambios y afrontamientos, incluso, una de las cuidadoras menciona que con el paso de los años, los comportamientos que generaban mayor zozobra en la adolescencia más temprana, como las autolesiones y la pérdida de interés, han disminuido considerablemente.

Otra de las cuidadoras no atribuye los síntomas a algo en específico, es decir, a la depresión o a la adolescencia, incluso destaca la maximización de los síntomas a cambios hormonales femeninos.

6.5 Comportamiento

Como se mencionó anteriormente hay diversos aspectos pueden influir en la evolución de los síntomas de los adolescentes, así como sobre su comportamiento directamente. De acuerdo con el relato de las cuidadoras, suelen ser comunes en los adolescentes los comportamientos relacionados con la preferencia por actividades que no implican el relacionamiento con otros miembros de la familia, compañeros o amigos, tales como la lectura, la música, los videojuegos, el cuidado de animales y el deporte individual, asimismo, por la pérdida de interés en las actividades de la vida cotidiana se acentúan conductas relacionadas con la falta de cuidado personal y cumplimiento de responsabilidades relacionadas tanto con sus tratamientos, como se podrá evidenciar más adelante, como con sus quehaceres en el hogar y con su formación académica, lo que desencadena el bajo rendimiento y la pérdida de años escolares en algunos de los casos.

La mitomanía y el deseo de manipulación, de acuerdo con una de las cuidadoras, ha sido uno de los comportamientos que más se han acentuado a partir del diagnóstico, pues manifiesta sentir intención del adolescente en refugiar todos sus actos en dicho diagnóstico. En los casos en donde el adolescente se está acercando más a la etapa de la adultez, las cuidadoras evidencian transformaciones en su comportamiento, que están orientadas a conductas de mayor responsabilidad consigo mismos y su futuro, lo que indica una correlación entre síntomas, etapa evolutiva y comportamientos, en donde se pueden ver más acentuados los síntomas y comportamientos disruptivos en la adolescencia temprana que en el acercamiento a la finalización de esta etapa.

6.6 Diagnóstico

En relación con los síntomas y comportamientos que han sido descritos anteriormente, se desprenden diversos análisis alrededor del proceso de diagnóstico, pues frente a este existen diferentes experiencias de afrontamiento desde los adolescentes y las cuidadoras que permiten comprender la asimilación y el curso que en cada caso toma el trastorno. La experiencia de los

adolescentes frente al diagnóstico se enmarca en los términos de sorpresa, asimilación y negación, en esta última las creencias sobre el trastorno se encontraban alrededor del padecimiento de locura aspecto que, como veremos más adelante, influye directamente en la adherencia al tratamiento y se presentó en dos de los casos. Por su parte, dos de los adolescentes reaccionaron con aceptación y el caso restante con sorpresa.

Por su parte, las familias también se vieron enfrentadas a diversos sentimientos y emociones. El enojo se presentó en uno de los casos en el que la cuidadora atribuía el diagnóstico al hecho de que su hija no valoraba las cosas que tenía en su vida:

[...] Yo siempre he sentido un reproche hacia ella por eso, al principio me sentí demasiado fría hacia ella, no me parecía que era justo conmigo sabiendo que yo siempre he estado pendiente de ella, de lo que necesitara, de verdad que yo no comprendía, yo era muy fría con ella, reacia a hablar con ella, malgeniada a veces y eso, sin yo querer, le dio más duro, la hizo sentir más enferma. (Entrevista personal, cuidadora 1, 2021)

En dos de los casos hubo expresión de sentimientos de negación pues consideraban que la manifestación de los síntomas se debía a la falta de la presencia de Dios en sus vidas: “[...] no lo creíamos como diagnóstico, creíamos más era que hacía falta más oración, hacía falta no estar tanto en redes, hacía falta como más todas estas cosas” (entrevista personal, cuidadora 2, 2021). Por otra parte, el diagnóstico generó expresiones de sorpresa porque la cuidadora asociaba los comportamientos de la adolescente a su etapa evolutiva, también angustia al darse cuenta de una realidad que desconocía:

[...] imaginarte a tu hija no queriendo vivir cuando tus hijos son como toda tu vida, es muy angustiante, pues es bastante preocupante. Entonces el enterarme que estaba deprimida fue también bastante duro porque pues no, no, no, no lo imaginaba (entrevista personal, cuidadora 5, 2021).

Finalmente, una de las cuidadoras expresa aceptación dado que ya atribuía los comportamientos del adolescente al diagnóstico, por lo cual este fue confirmatorio:

[...] Fue la primera vez que en la historia clínica de ella decía la palabra depresión, pero ya veníamos con un proceso de medicación y todo para eso. Yo sí creo en la depresión, soy fiel testigo de que existe porque la he visto de cara, pero digo que más que un diagnóstico fue ese proceso, nosotros ya sabíamos hace mucho tiempo y un médico nos vino a reafirmarlo. (Entrevista personal, cuidadora 3, 2021)

A pesar de las diferentes reacciones familiares, al momento de la entrevista, todas las cuidadoras coincidían en la creencia de que el diagnóstico de depresión dado a los adolescentes es acorde con los síntomas y comportamientos que ellas observan, por lo cual consideran que es acertado.

A raíz del diagnóstico las familias y, especialmente, las cuidadoras manifiestan haber despertado un interés por intentar comprender las causas, consecuencias, implicaciones y cuidados frente a la depresión, asimismo, se hicieron conscientes de la importancia de su papel y su presencia en la vida de los adolescentes quienes, además de estar pasando por una etapa evolutiva de tantos cambios y retos, ahora se encontraban asimilando y comprendiendo las manifestaciones de un diagnóstico para el que no estaban preparados, proceso que a su vez era compartido con las cuidadoras, quienes tenían dudas, miedos e incertidumbre.

6.7 Tratamiento

Los tratamientos a los que han estado vinculados los pacientes en todos los casos se han compuesto de atención psicológica y psiquiátrica. En dos de los pacientes encontramos que el primer acercamiento y diagnóstico se hizo desde la institución educativa a la que asistía y por psicólogos educativos que posteriormente remitieron o hicieron la recomendación a las familias de continuar con psicología clínica en su EPS o de manera particular. Por otra parte, dos de las cuidadoras buscaron ayuda para los adolescentes a través de entidades y/o profesionales particulares, en donde, si bien el proceso se llevaba a cabo de manera individual con el adolescente, los profesionales de salud mental dieron pautas y recomendaciones generales a las cuidadoras para mitigar las manifestaciones de los síntomas tales como, pasar tiempo en familia, escucharlos, prestarles atención constante pero al mismo tiempo darles espacios de privacidad y esparcimiento.

En el quinto caso, el diagnóstico se dio a través de los servicios de salud de la IPS a la que asisten, sin embargo, antes de este diagnóstico ya se daba un tratamiento a los síntomas con uso de medicamentos psiquiátricos.

En ninguno de los casos la atención involucró de alguna manera a la familia, ni en acompañamiento de ningún tipo para las cuidadoras, en todos los casos manifiestan que desconocen información sobre grupos de apoyo para cuidadores, líneas de escucha para ellas, rutas especializadas de emergencia en caso de crisis, ya que ante estos episodios recurren a servicios y medios de atención generales como el 123 o urgencias médicas. Asimismo, las cuidadoras desconocen las conductas que deben adoptar en momentos de crisis, lo que las hace sentir sin herramientas:

[...] Independiente de las estrategias que me han dado, bien sea la psicóloga o la psiquiatra, o pues los familiares, los amigos, ha sido muy difícil como encontrar de qué manera ayudarla [...] además del hecho de que la están viendo pues los profesionales. ¿Pero, qué hacer en casa? Ha sido muy difícil. (Entrevista personal, cuidadora 5, 2021)

En lo que respecta al tratamiento actual que llevan los pacientes y de acuerdo con los relatos de las cuidadoras, estos tienen una menor intensidad y periodicidad que los que se llevaron a cabo al momento del diagnóstico. Al momento de las entrevistas, en dos de los casos los tratamientos se encontraban suspendidos, uno de ellos por las diversas restricciones que trajo consigo la pandemia por Covid-19 en términos de movilidad, acceso a los servicios y temor de contagio; y en el otro la suspensión del tratamiento obedeció a una decisión personal y familiar al evidenciar una evolución positiva la adolescente, por lo cual dejaron atrás la toma de medicamentos y las sesiones de terapia con profesionales de la salud mental. En otro de los casos, el tratamiento es intermitente, pues la regularidad de las citas no se encuentra establecida y se acude a ellas de manera particular cuando existen episodios de crisis, esto se debe a que, por ser un tratamiento particular, es costoso, por lo cual las citas se realizan en periodos de un mes o más según la situación emocional y económica del momento, en este caso, el tratamiento se orienta en mayor medida a la contención.

Finalmente, son dos los casos en los que el tratamiento es vigente, aún con las limitaciones de los sistemas de salud y las restricciones por pandemia, pues tanto las cuidadoras y las familias como los adolescentes, reconocen la necesidad de llevar un proceso de tratamiento constante para alcanzar mejores resultados.

La adherencia al tratamiento por parte de los adolescentes también tiene una alta influencia en la efectividad de este y en los retos que se presentan a las cuidadoras. Cuando se abordó la adherencia a los tratamientos terapéuticos se encontró que los adolescentes suelen adaptarse a la terapia cuando sienten que realmente esta es de utilidad y cuando hay una conexión y seguimiento de su proceso por parte del profesional, que implica a su vez, comprender más allá del trastorno, sus características propias y sus momentos de vida, sin embargo, en dos de los casos, las cuidadoras manifiestan falta de compromiso por parte de los adolescentes con la terapia, en uno las tareas que le asigna el profesional son percibidas como una tarea más del colegio con la cual se debe cumplir; en otro existe una negación a aceptar el diagnóstico, por lo cual no hay adherencia al tratamiento, esto en los adolescentes de menor edad, mientras que, por el contrario, los adolescentes de mayor edad se hacen más conscientes, autónomos y responsables con sus tratamientos debido a que existe una aceptación del diagnóstico y ven el tratamiento como una alternativa que les ayuda a sopesar las consecuencias de la depresión.

En cuanto a la adherencia al tratamiento psiquiátrico y a los medicamentos que se derivan de este, se encontró que en la mayoría los casos es menos aceptado por los adolescentes, pues sus efectos secundarios hacen que la mayoría de ellos padezcan somnolencia, infecciones intestinales, ansiedad o alteraciones en el sueño, por lo cual, para las cuidadoras es un reto lograr una adherencia a esta parte del tratamiento, pues de por medio hay una insistencia constante de su parte ante la negativa de los adolescentes para ingerir los medicamentos, ya que ellas son conscientes de que hay cambios positivos en las manifestaciones de los síntomas de la depresión, sin dejar de reconocer los demás efectos secundarios asociados. En los casos en los cuales no existe tratamiento actual, estos incluyen tanto la ausencia de tratamiento terapéutico como del psiquiátrico.

En todos los casos, la terapia se llevó a cabo de manera individual y el involucramiento de la familia se dio solamente en el plano de las recomendaciones, y solo en algunos casos como se mencionó anteriormente. Además de los tratamientos tradicionales, las cuidadoras y los propios

pacientes han optado por considerar y/o llevar a cabo otras terapias como el psicoanálisis, la terapia ocupacional y actividades alternas como la música, el arte o el baile que, si bien no son tomadas como terapia profesional en estos casos, si contribuyen de acuerdo con las cuidadoras en la mitigación de las manifestaciones y consecuencias de la depresión.

Las restricciones por la pandemia por el Covid-19, presentaron para los adolescentes, las cuidadoras y las familias en general grandes retos, ya que como en muchas actividades e industrias, los sistemas de salud se vieron transformados en sus modalidades y prioridades, que a su vez buscaban la preservación de la vida, por lo cual, en este tiempo, tanto tratamientos particulares como los de las EPS, pasaron a modalidades virtuales en los cuales en algunos de los casos se percibió despersonalización en el tratamiento. Asimismo, las actividades que realizaban los adolescentes y el contacto con las demás personas diferentes a sus familias se vio afectado, por lo cual, las cuidadoras manifiestan retrocesos en los tratamientos e intensificación de los síntomas durante las épocas de confinamientos que vivió el país.

Las expectativas de las cuidadoras frente a la evolución del trastorno en los adolescentes se enmarcan entre la incertidumbre y las esperanzas de que los tratamientos funcionen o, de que factores como un cambio de etapa evolutiva, mitigue la manifestación de los síntomas y los adolescentes aprendan a convivir con sus trastornos de una manera más funcional y menos dependiente.

6.8 Sistema de salud

Cuando se indaga por el sistema de salud con el que cuentan los núcleos familiares de los participantes en esta investigación, se evidencia que este es un sistema de salud que desconoce la importancia de salud mental, en especial de sistemas de salud subsidiado (Sisbén) o contributivo. Durante las entrevistas con las cuidadoras de adolescentes con depresión, se evidenció que sus respectivos sistemas de salud brindaban poca o nula atención a sus familiares a cargo, pues dicha atención en salud mental se limitaba a citas con poca recurrencia y periodicidad en las que no había una continuidad de profesionales en la atención debido a la alta rotación de personal, además dichas citas se daban con una diferencia que, de caso a caso, podría oscilar entre los 2 a 6 meses, por otra parte, el sistema se limita casi exclusivamente a responder a la problemática desde un

terreno farmacológico en el cual tiene más peso y recurrencia la medicación al paciente que la terapia psicológica.

Esta falta de continuidad también afecta la credibilidad que el paciente y las cuidadoras depositan en el proceso y en el mismo ejercicio de la psicología, pues estos lapsos tan pronunciados llevan a los pacientes y sus familias a tomar la decisión de suspender y dejar inconclusos los procesos, quedando en muchas ocasiones sin un soporte profesional para el tratamiento. Las dificultades presentadas al momento de consecución de citas en las IPS son otro de los motivos por los cuales las familias y adolescentes pierden el interés en la continuidad de los tratamientos.

En todos los casos ha existido búsqueda de recursos alternos a los sistemas de salud que suplan la necesidad de tratamiento, en algunos se ha optado por pagar a profesionales o entidades de manera particular y en otros la asistencia ha sido en instituciones que brindan estos servicios de forma gratuita para los adolescentes y las familias, como por ejemplo la Universidad de Antioquia, que brinda esta oportunidad a la comunidad académica. El pago de profesionales particulares representa para las cuidadoras un mayor esfuerzo que conlleva a la precarización de los núcleos familiares, pues deben doblar esfuerzos para conseguir el dinero e incluso abstenerse de conseguir otros artículos o alimentos de la canasta básica para mantener cubierto al adolescente en su necesidad de apoyo psicológico y psiquiátrico, ya que algunas de las familias que llevan a cabo procesos de manera particular, asumen también los costos de la medicación, lo que también puede representar dificultades económicas.

Los sistemas de salud en la familias entrevistadas son la primera y la última opción, pues cuando aparecen los primeros síntomas o las impresiones diagnósticas desde las instituciones educativas, las familias se remiten a sus EPS o Sisbén donde encuentran un sistema lento, colapsado y precario que no brinda un acompañamiento ni procesos adecuados a su problemática; y cómo última opción, cuando las familias no pueden sostener económicamente los tratamientos y procesos que adquirieron ante la negligencia de los sistemas de salud pero que, finalmente, por los esfuerzos económicos que representa no es sostenible en el tiempo porque los altos costos que no se adaptan a las condiciones económicas reales de las familias, y por ende, terminan acudiendo nuevamente a sus EPS para no quedar totalmente desprotegidos en caso de emergencias o

medicación cuando así lo requieren. Además, los servicios que brindan las EPS suelen ser percibidos de baja calidad y que no aportantes de beneficio alguno a la evolución positiva de los procesos:

[...] Ahora que la ve un psicólogo de la EPS, si se pone uno a pensar ¡esto es un requisito más! Es como si estuviera llenando un requisito. Y yo creo que esta enfermedad es algo más, es algo más allá de... de un formato, es algo más allá de... de un diario. No sé, en eso si doy, pues mi punto de vista de que no, nunca estuve de acuerdo, pues como el manejo que da la EPS para eso. (Entrevista personal, cuidadora 2, 2021)

6.9 Cuidadoras

Con base en todos los elementos que se han analizado previamente, esta última categoría se centra en las cuidadoras y en los temores y retos que enfrentan, los recursos en los cuales se apoyan y su propio bienestar físico y mental al ser responsables primarias de los adolescentes.

Cuando se habla de los temores que tienen las cuidadoras frente a las consecuencias del trastorno depresivo aparece como el más reiterativo, la posibilidad de que los adolescentes atenten contra su propia vida en momentos de crisis o angustia, lo que lleva a que para estas cuidadoras la preocupación no cese en ningún momento, siendo este, uno de los puntos en donde más se observa la dificultad de estar en el rol de cuidadora.

Otro de los temores que manifiesta una de las cuidadoras es la posibilidad de acercamiento a las drogas que pueda llegar a tener el adolescente, pues manifiesta que las posibilidades son altas por su etapa evolutiva y su condición.

Asimismo, el hecho de no sentirse con conocimientos sobre el trastorno y sobre herramientas y estrategias para hacer un acompañamiento y contención adecuados, se convierte en uno de los grandes temores, pues toma fuerza el sentimiento de impotencia que se mencionó anteriormente:

Pues el temor principal ha sido no escucharla como ella necesita, no ayudarle de la manera que ella lo necesita. Entonces siempre ha sido como la angustia de hacer lo correcto, como de que... de que de verdad todo ese granito de arena que uno aporte sea algo productivo, algo positivo para ella. (Entrevista personal, cuidadora 2, 2021)

Siendo así, uno de los principales temores que a la vez se convierte en un reto es la impotencia que les genera la incomprensión del trastorno, sus manifestaciones y episodios de crisis emocional, ante los cuales se ven con herramientas y estrategias insuficientes para actuar:

No, yo me siento ahí maniatada, yo nunca he sabido cómo qué hacer yo. Pues intento, como que le hablo, tranquila, la detengo cuando veo que se está lastimando, intento hablar con ella. Pero es difícil porque yo soy muy emocional y verla así me pone muy mal, entonces ella me dice ¡Mamá, pero no se ponga, así que eso me pone peor! Entonces no sé, no he encontrado como la manera. (Entrevista personal, cuidadora 5, 2021)

Otro de los retos a los que se ven enfrentadas las cuidadoras es el hecho de tener que decidir entre dedicarse a otras labores, como estudiar o trabajar, y el cuidado de los adolescentes, pues sienten temor ante la idea de dejarlos solos:

[...] En estos días le estaba diciendo a mi esposo, pues que yo quiero hacer algo, estudiar o trabajar, hacer algo, y en esos días que estaba con ese tema, hace 15 días, se ahorcó una niña de la vereda. Es difícil, uno ver a una niña de 14 años ahorcándose por una depresión que no le pusieron cuidado. No, entonces yo más bien me quedo aquí con él, esperando que sea algo temporal. (Entrevista personal, cuidadora 4, 2021)

En los casos en los que las cuidadoras no se dedican solo al cuidado del adolescente, el reto es el hecho de poder responder al cuidado del adolescente, de la economía del hogar y de otras personas que tengan a su cargo como padres o hijos menores “[...] yo no soy solamente cuidadora principal de ella, también lo soy de mi mamá, entonces eso también hace otro mundo, entonces el tema de los cuidadores principales es un tema muy teso y nadie piensa en ellos” (entrevista personal, cuidadora 3, 2021).

Ante la incertidumbre y el sentimiento de no saber cómo actuar, las mismas cuidadoras han encontrado herramientas desde su experiencia que les han permitido sobrellevar la situación de alguna manera, entre ellas están identificar los diferentes estados de ánimo del adolescente para encontrar la manera de comportarse frente a ellos, por ejemplo, en estados de ánimo bajos, darles espacio propio sin descuidarlos; otra de las estrategias que han encontrado es dar acompañamiento, soporte emocional y saber escuchar:

Mucho acompañamiento, muchísimo, muchísimo, porque muchas veces acompañar no es atosigar, de que me tienes que contar, me tienes que decir que te pasa... muchas veces hasta ni nada le pasa [...] yo por ejemplo, llegué muchas, muchas veces, muchísimas, en que me acompañamiento era un abrazo, era un abrazo y que ella supiera que estaba, que yo estaba con ella siempre que yo siempre he podido estar, pues, en el tiempo que se pueda, porque igual hay que trabajar, ¿cierto? es complicado [...] Saber escuchar, saber escuchar y no juzgar, no juzgar, porque lo que para nosotros es una bobada para esa persona es un mundo, es el mundo completo y yo creo que lo que lleva más a que un niño o una niña tenga una depresión, es que no lo escuchan y que no lo comprenden, o al menos, obviamente ellos se sienten así, pero yo creo que es escuchar sin juzgar. (Entrevista personal, cuidadora 2, 2021)

Adicionalmente, las cuidadoras se sienten en la necesidad de sobreprotegerlos y supervisar las personas con las que el adolescente se relaciona, como sus pares, pues sienten temor de que adquieran conductas peligrosas como el consumo de sustancias.

En esta misma vía y como herramienta para mitigar la incertidumbre, las cuidadoras han recurrido a buscar por cuenta propia información académica sobre qué es la depresión, signos y síntomas, además de aspectos generales sobre la medicación y sus efectos secundarios. Por otra parte, en lo que respecta a salud física se encontraron patologías como hipertiroidismo y cáncer, además, otras manifestaciones físicas como agotamiento, insomnio y falta de apetito:

[...] Es duro, es duro. Yo digo que a veces hasta el cuidador sale más enfermo que el propio depresivo. Es duro porque uno a veces se siente impotente, se siente como que lo que uno hace no es suficiente y termina uno psicológica y físicamente agotado. (Entrevista personal, cuidadora 4, 2021)

En cuanto a salud mental, todas coinciden en que sienten mucha carga de preocupación “[...] es que lo que le pasa a un hijo de uno... Hasta ahí le llega uno como la tranquilidad, le llega todo porque uno quisiera solucionarlos y, sobre todo, verlos felices, verlos felices” (entrevista personal, cuidadora 2, 2021), esto las lleva a estar en un estado constante de angustia, tristeza y frustración al sentir que lo que hacen por sus seres queridos es insuficiente.

Pese a la carga emocional que tienen las cuidadoras, en ninguno de los casos han recibido ayuda profesional para sobrellevar la angustia y los temores que la situación les genera, debido a que suelen considerar más prioritaria e importante la ayuda para el adolescente, sin embargo, en algunos de los casos las cuidadoras tienen redes de apoyo constituidas por sus familiares y/o amigos, con quienes pueden hablar de su sentir y estados de ánimo:

[...] Todas las investigaciones son referidas siempre a los pacientes pero muy poco al cuidador, el tema de ser cuidador es muy teso y más cuando uno no está enterado nisiquiera que es cuidador principal [...] por eso es muy importante desde la salud pública pensar en ellos, no existen proyectos de ningún tipo que sean dedicados a los cuidadores principales. (Entrevista personal, cuidadora 3, 2021)

6.10 Concepciones sobre la depresión

Se preguntó a las cuidadoras, de acuerdo con sus conocimientos y experiencia acerca de la concepción que tenían sobre de la depresión, sus respuestas coinciden en muchas características, especialmente en aquellas relacionadas con un estado de ánimo bajo, e incontrolable:

Es, digamos, un estado de ánimo que que es incontrolable y nada lo desencadena, es inevitable para esa persona que lo tiene y es incontrolable. Así la persona no quiera tener esos síntomas, esos pensamientos, o sentirse de esa manera, no hay una forma o una pastilla

que lo haga sentirse mejor, y más el entorno donde está, ningún entorno digamos que quiera inducir a que se sienta mejor va a mejorar esos sentimientos que tenga esa persona. (Entrevista personal, cuidadora 3, 2021)

Asimismo, la definen como una situación que puede llegar a resultar incomprensible por muchas personas y que genera sentimientos de impotencia:

Yo diría que la depresión es una situación en la que uno no llegaría a comprender tan de lleno porque por más que uno quisiera hacer algo por esa persona, uno se siente muy impotente, es algo que uno no es capaz de definir, es algo demasiado duro. (Entrevista personal, cuidadora 1, 2021)

La pérdida de interés y desmotivación también hacen parte fundamental de esa concepción:

Un estado de ánimo totalmente bajo, como sin interés... pues ha perdido el interés por absolutamente todo, desmotivada. Solo como que siente un vínculo con los amigos y ya, es como lo único que la que la para... y son cosas como momentáneas, mientras dura como el compartir con ellos. (Entrevista personal, cuidadora 5, 2021)

Otra de las cuidadoras alude a explicaciones desde el plano neurocientífico que le han brindado profesionales de la salud para comprender y explicar el trastorno:

Pues lo que me explica la psicóloga es que es la dopamina cuando se baja, que es muy poca dopamina lo que está produciendo el cerebro. No, yo pienso que es eso. Eso sí, es muy fuerte porque para que un pelado no tenga motivación por nada, que no quiera nada, que no se interese por sí mismo, es duro, es muy duro. (Entrevista personal, cuidadora 4, 2021).

Finalmente una de las cuidadoras lo define desde las acciones y conductas que considera, deben tener quienes cumplen bien sea el rol de cuidadora o cuidador principal de una persona con depresión, como también de cualquier persona que conforme su entorno:

Yo la defino como un estado, un estado como del ser humano en el que lo que necesita es amor y necesita acompañamiento y necesita comprensión. Y, sobre todo, no juzgar, no juzgar para nada. Pero es algo como inevitable. (Entrevista personal, cuidadora 2, 2021).

Respecto a la psicoeducación que tienen las cuidadoras en torno a la depresión, se encontró que en ninguno de los casos están formadas en primeros auxilios psicológicos, tampoco les han brindado herramientas para contener situaciones de crisis emocional en el paciente, ni existen grupos de apoyo en los que estas cuidadoras puedan encontrar soporte emocional de otras personas que estén pasando por la misma situación.

7 Discusión

La realidad de lo que se encontró en la búsqueda de la población objeto de este estudio reflejó lo plasmado de la teoría alrededor de la depresión en algunos aspectos, por una parte, se encontró que hay mayor prevalencia de la depresión en mujeres y, generalmente, el rol de cuidador es asumido en gran medida por figuras femeninas de la familia, en este caso, por madres y/o hermanas cercanas a los adolescentes. En cuanto a la adolescencia y la depresión, se encontraron síntomas asociados como:

Irritabilidad, inquietud, mal humor, agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones, es posible que tengan pensamientos relativos al suicidio. (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016, p. 218)

Las consecuencias de la expresión, de los síntomas y en general del trastorno trajo a las familias cambios y alteraciones en sus dinámicas y relaciones, lo cual se conversa con los hallazgos teóricos en donde se sostiene que el padecimiento de los trastornos mentales, incluida la depresión no solamente afecta al paciente sino también a todos aquellos que lo rodean, tal y como lo afirman Acero et al. (2016) “La familia sufre los síntomas, los efectos positivos y negativos de los tratamientos, y el proceso de recuperación, además de vivir su propio proceso de duelo por las implicaciones de la enfermedad como tal” (p. 204).

Por otra parte, la teoría apunta a que la pertenencia a estratos socioeconómicos medios y bajos representa un factor de riesgo en el curso y tratamiento de las enfermedades mentales, en los casos analizados se evidenció esta falencia debido a que el sistema de salud no responde oportuna ni eficazmente a las necesidades de los pacientes y sus familias, bien sea por la calidad de la atención, por la regularidad y periodicidad en las citas, por la falta de rigurosidad de algunos profesionales y por las limitaciones que el mismo sistema de salud les impone en su quehacer.

En lo que respecta a las cuidadoras, existen diversas implicaciones físicas y psicológicas asociadas a los retos de su rol, que se encontraron tanto en los hallazgos bibliográficos sobre casos similares, como en los casos estudiados en este trabajo, en los que se halló sobrecarga física y emocional, angustia permanente, sentimientos de impotencia, limitaciones en la vida de la cuidador que conllevan decisiones de renuncia a planes y proyectos personales, incertidumbre, incluso signos de tristeza profunda en donde, en algunos de los casos, las cuidadoras han recibido recomendaciones de intervención y ayuda profesional.

Ante estas implicaciones en la vida del cuidador se hace necesario emprender acciones desde diferentes ámbitos tales como grupos de apoyo, acompañamiento profesional e involucramiento de las familias en el transcurso de los procesos terapéuticos de los pacientes, como se encuentra reglamentado desde la Ley 1616 de 2013 que regula la salud mental en Colombia y hace hincapié en la importancia de las familias y cuidadores en la promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales, además promueve la creación de redes de apoyo para la prevención de la enfermedad mental y pone al cuidador como uno de los focos a intervenir, con el fin de lograr una atención integral en salud mental tanto en los pacientes como en las familias.

Sin embargo, mediante la información recolectada se evidenció que dicha ley no se materializa pues las cuidadoras no son tomadas en cuenta en el curso del tratamiento, más allá de que en algunos casos los profesionales les ofrezcan información general, adicionalmente, las cuidadoras y las familias no son un foco a intervenir como parte importante del curso del trastorno, por lo que no se trabaja conjuntamente entre la atención formal de los profesionales y la atención no formal de las cuidadoras. Debido a este vacío en la atención, las cuidadoras se apoyan de las herramientas que encuentran a su alcance y desde su experiencia, sin embargo, reconocen que estas siguen siendo insuficientes para sobrellevar la situación. Lo anterior permite evidenciar que los sistemas de salud siguen dando prioridad a la enfermedad fisiológica y se encuentran más preparados para su atención, dejando de lado la salud mental y todo lo que conlleva el hecho de padecer un trastorno psicológico, no solo en el paciente, sino también en su familia que son quienes conviven con él y se ven enfrentados a la falta de herramientas para ser una red de apoyo sólida.

8 Conclusiones y recomendaciones

Teniendo en cuenta los hallazgos bibliográficos y los casos estudiados podemos concluir que la salud mental es un ámbito que en la sociedad y cultura actual aún no recibe la importancia y atención necesaria; si bien se han logrado algunos avances en el estudio de las enfermedades mentales desde las perspectivas de los pacientes y, con ello, se ha hecho un llamado al sistema de salud para su atención oportuna e integral, poco se ha estudiado y tratado sobre las implicaciones de la enfermedad mental en el ámbito familiar y más específicamente en los cuidadores, lo que ha retrasado la búsqueda de alternativas para dar el soporte necesario a esta población y lograr así una atención integral que englobe a todos los implicados.

El hecho de tener en cuenta a las familias podría tener efectos positivos tanto en la evolución del tratamiento de los pacientes, como en la carga física y mental que conlleva para los cuidadores el sentimiento de impotencia ante el desconocimiento y la falta de herramientas para ayudar al paciente en casa. La inclusión de las familias en el curso del tratamiento podría verse reflejada no sólo en recomendaciones generales, sino también en devoluciones constantes del transcurso y evolución del paciente, orientarlos en temas de psicoeducación tales como información clara y concisa sobre el trastorno, signos y síntomas de alarma, líneas de atención a las que pueden recurrir en caso de crisis e incluso formarlos en primeros auxilios psicológicos.

En función de las particularidades de la etapa evolutiva del adolescente, también es importante que los programas que brinden los sistemas de salud al cuidador estén enfocados en reconocer y transmitir las diferenciaciones entre los comportamientos propios de dicha etapa y las manifestaciones del trastorno pues, en todos los casos, se presentaron confusiones en la atribución de las conductas; esto con el fin de que las cuidadoras sepan hacer distinciones de los momentos en los cuales deben intervenir y aquellos en los que el adolescente necesita explorar vivencias propias de su etapa evolutiva.

La importancia de la salud mental debería ser un tema prioritario en todos los países, especialmente en los de primer mundo en donde poco se invierte y atiende, y, por ello, se convierte en un privilegio de quienes tienen más posibilidades económicas. Además, debe ser un derecho

que, como la salud física, esté regulado, ejecutado y supervisado, y sea abordado desde una mirada holística que incluya a todo el círculo primario del paciente.

Todo ello podría empezar a fomentarse desde aspectos culturales, haciendo una sensibilización en temas de salud mental para que las personas lleguen a tener ideas más acertadas sobre los trastornos que más prevalecen y, generar así, una conciencia colectiva que no sólo los reconozca y reclame su atención como un derecho, sino también personas dispuestas a escuchar los síntomas de alarma de quienes los rodean, pues estos generalmente pasan desapercibidos y en muchas ocasiones conlleva al suicidio o a la intensificación de la sintomatología.

9 Referencias

- Acero, Á., Cano, A., & Canga, A. (2016). Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 203-212. From https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n2/03_originales2.pdf
- Agudelo, A., Posada, A., & Meneses, E. (2015). Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(4), 701-708. From <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n4/a11v32n4.pdf>
- Arés, P. (1993). *Mito o realidad. Algunas consideraciones para el estudio de la familia como objeto de investigación científica*. Universidad de La Habana.
- Arrieta, K., Díaz, S., & González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Blanco, E. (2015). *Cuidados en el adulto mayor institucionalizado con trastorno depresivo*. Universidad de Valladolid.
- Bleda, J. (2006). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 7, 149-160. doi:<http://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i7.241>
- Castillo, M., Carrillo, C., Campo, T., & Barrera, M. (2019). Sintomatología de ansiedad y depresión en población en contextos de pobreza en el sureste mexicano. *Revista Interamericana de Psicología*, 53(2), 263-280. From <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1058/983>
- Cervantes, W., Fajardo, E., & Rodríguez, U. (2019). Resiliencia, ansiedad, pobreza y depresión en niños de dos ciudades de Colombia. *Duazary*, 16(2), 332-344. doi:<https://doi.org/10.21676/2389783X.3156>
- Colina, A. (2003). *Los cuidados no formales en salud mental*. Universidad Central de Venezuela.
- Colombia. Congreso de la República. (1994). Ley 142 de 1994. [Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones] .[Diario Oficial No.

- 41.433 de 11 de julio de 1994]. From <http://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=2752>
- Colombia. Congreso de la República. (2006a). Ley 1098 de 2006. [Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia]. [Diario Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006]. From https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
- Colombia. Congreso de la República. (2006b). Ley 1090 de 2006. [Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones]. [Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006]. From <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Colombia. Congreso de la República. (2013). Ley 1616 de 2013. [Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones]. [Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013]. From <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Colombia. Congreso de la República. (2018). Ley 1878 de 2018. [Por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia y se dictan otras disposiciones]. [Diario Oficial No. 50.471 de 9 de enero de 2018]. From https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1878_2018.htm
- De Oliveira, D., Andrade, J., Da Cunha, P., Siqueira, J., Félix, E., & Cavaglieri, C. (2018). Factors associated with body image dissatisfaction of weight training practitioners. *Motriz, Rio Claro, 24*(2), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1590/S1980-6574201800020017>
- El Tiempo. (2017). "*Felicidad*" brasileña esconde mayor tasa de depresión en Latinoamérica. From <https://bit.ly/3h9ZwoW>
- Ferré, C. (2008). Dimensiones del cuidado familiar en la depresión. Un estudio etnográfico. *Index de Enfermería, 17*(3), 178-182. From https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300006
- Ferré, C., Rodero, V., Cid, D., & Vives, C. (2008). El relato de la experiencia depresiva. Aplicando los factores cuidativos de Jean Watson. *Index De Enfermería, 17*(1), 1-2. From https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100005

- Ferrel, R., Celis, A., & Hernández, O. (2011). Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una Universidad pública (Colombia). *Psicología Desde el Caribe*, 27, 40-60. From <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n27/n27a03.pdf>
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 1-18. doi:<https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Galeano, M. (2012). *Estrategias de investigación social cualitativa*. La Carreta Editores.
- Gómez, C., Aulí, J., Tamayo, N., Gil, F., Garzón, D., & Casas, G. (2016a). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 39-49. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>
- Gómez, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina, M., Rengifo, H., & Bautisa, N. (2016b). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 58-67. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009>
- González, S., Pineda, A., & Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Herrera, E., Losada, Y., Rojas, L., & Gooding, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 154-164. From <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v27n1/v27n1a11.pdf>
- Hinostroza, L., Huashuayo, C., Navarro, S., Torres, C., & Matos, L. (2011). Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. *Revista Enfermería Herediana*, 4(1), 12-19. From <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-706390>
- Labarca, A., & Fuhrmann, I. (2011). Familia, salud mental y rendimiento en estudiantes universitarios. *De Familias y Terapias*, 20(30), 35-43. From <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3784302>
- Marques, M., & Lopes, M. (2014). *Yo, la depresión y el cuidador familiar*. Instituto de Salud Carlos III.

- Mayer, R., & Quellet, F. (1991). *Métodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Ministerio de Salud. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de salud mental: depresión*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y Colciencias. (2016). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Ministerio de Salud y Colciencias.
- Moreno, J., Rozo, M., Cantor, M., & Toro, R. (2012). Características psicosociales de la población asistente a la unidad de servicios psicológicos de la Universidad Católica de Colombia durante los años 2007 y 2008. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(1), 21-33. From <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a03.pdf>
- Muñoz, L., Price, Y., Reyes, M., Ramírez, M., & Costa, M. (2010). Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 32-39. doi:<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100005>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. From <https://bit.ly/3IfXUWA>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos mentales*. From <https://bit.ly/3sY2nXC>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión: datos y cifras*. From <https://bit.ly/3BJklRJ>
- Ortiz, L., López, S., & Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272. From <https://www.scielo.br/j/csp/a/FfRpzWkf5jXF9cvHY63qQ6D/?format=pdf&lang=es>
- Otero, P., Vázquez, F., Ferraces, M., Blanco, V., & Torres, Á. (2015). Prevención de la depresión en cuidadoras no profesionales: relación entre habilidades de solución de problemas y síntomas depresivos. *Clínica y Salud*, 26(1), 1-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.001>
- Paniagua, R., González, C., & Rueda, S. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 314-321. From <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a06.pdf>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar*. Pirámide.

- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 1-3. From <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>
- Puentes, Y. (s.f.). *Día Mundial de la Salud Mental. 10 de octubre*. From Infomed: <https://bit.ly/3hb542F>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170. From <https://www.ijpsy.com/volumen14/num2/381/calidad-de-vida-fortalezas-personales-ES.pdf>
- Quitian, H., Ruiz, R., Gómez, C., & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, Estudio Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 31-38. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>
- Rajmil, L., López, S., Mompert, A., Medina, A., Rodríguez, M., & Brugulat, P. (2010). Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *Anales de Pediatría*, 73(2), 233-240. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.02.022>
- Ramírez, P., & Hernández, E. (2012). Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro*, 20(2), 63-70. From <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122b.pdf>
- Roca, M., & Riccardi, A. (2014). Funcionalidad y efectividad como red de apoyo social en pacientes con depresión que están ingresados en el área de hospitalización de psiquiatría del hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil. *Informes Psicológicos*, 14(2), 81-102. From <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229749.pdf>
- Rodríguez, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social recibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275. From <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18018446005>
- Saavedra, A., Rangel, S., García, Á., Duarte, A., Bello, Y., & Infante, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*, 23(1), 24-28. doi:[https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6)
- Sandoval, C. (1996). *Investigación cualitativa*. ICFES.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2012). *Bases de la investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia.

-
- Torres, E., & Zavala, I. (2018). *Cuidado de enfermería en adultos mayores con depresión en el Hogar Corazón de Jesús, mayo-agosto 2018*. Universidad de Guayaquil.
- Uniagustiniana. (s.f.). *¿Qué es la depresión?* From <https://bit.ly/3H9yJnd>
- Unicef. (2020). *¿Qué es la adolescencia?* From <https://uni.cf/36n7KIa>
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59. From <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n2/v25n2e1.pdf>
- Vega, C., Martínez, L., Nava, C., & Soria, R. (2010). Calidad de red como variable moduladora de depresión en adolescentes estudiantes de nivel medio. *Liberabit*, 16(1), 105-113. From <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n1/a11v16n1.pdf>

10 Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

INVESTIGADORAS: Elizabeth Hincapié Gutiérrez y Leidy Laura Herrera Velásquez

TÍTULO DEL PROYECTO: Experiencias de cuidadoras principales de pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión en Medellín y el Oriente Antioqueño

INTRODUCCIÓN

A usted señor(a) _____ lo estamos invitando a participar de la investigación “Experiencias de cuidadoras principales de pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión en Medellín y el Oriente Antioqueño”

Queremos que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, únicamente se realiza con fines de producción de conocimiento.
- Usted no recibirá ningún beneficio económico del estudio actual.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Antes de cualquier decisión de participación, por favor tómese el tiempo para leer este documento y, de ser necesario, preguntar, averiguar y discutir aspectos de este estudio, con el investigador o con cualquier persona que usted considere necesaria.

OBJETIVO

Comprender las experiencias del núcleo familiar de pacientes adolescentes diagnosticados con depresión.

PROCEDIMIENTO

Esta investigación llevará a cabo un procedimiento: entrevistas semiestructuradas con personas que hayan vivido la experiencia de tener dentro de su núcleo familiar a un paciente adolescente diagnosticado con depresión.

En caso que usted lo desee, al finalizar la investigación podrá obtener retroalimentación a partir de los resultados.

INCONVENIENTES Y RIESGOS

Esta investigación contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre del Ministerio de salud, en cuanto a investigaciones con mínimo riesgo, realizadas con seres humanos.

Esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo físico, psicológico, ni moral. Si usted considera que se pone en riesgo su integridad, podrá expresarlo a los investigadores o quien crea necesario.

Usted podrá ausentarse si por cualquier razón no puede participar de las sesiones de entrevista o demás actividades de la investigación. Le solicitamos que se comunique a tiempo con los investigadores para programar un nuevo encuentro.

RESERVA DE LA INFORMACIÓN Y SECRETO

Las entrevistas están diseñadas para identificar aspectos personales de su experiencia. Se garantizará su derecho a la intimidad y se manejará esta información a nivel confidencial. Los encuentros serán grabados y transcritos, y únicamente los investigadores tendrán acceso a su información personal. La información será transcrita y analizada con el uso de códigos que permitan mantener la confidencialidad y el anonimato.

En caso de que los resultados de la investigación sean publicados, se garantiza a todos los participantes que se mantendrá el anonimato, nunca se publicarán ni divulgarán a través de ningún medio los datos personales de quienes participen en esta investigación.

Consentimiento informado**“Experiencias de cuidadoras principales de pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión en Medellín y el Oriente Antioqueño”**

Después de leer y comprender la información suministrada en relación con la investigación, Experiencias de cuidadoras principales de pacientes adolescentes con diagnóstico de depresión en Medellín y el Oriente Antioqueño, de recibir del investigador _____ explicaciones verbales sobre la misma y respuestas satisfactorias a mis inquietudes, y de haber reflexionado sobre las implicaciones, beneficios y posibles inconvenientes de mi decisión libre, consciente y voluntaria, manifiesto que yo, _____, he decidido participar como informante de esta investigación. Autorizo al grupo investigador a utilizar la información aportada sobre la temática en futuras investigaciones y la utilización de los resultados en la publicación de informes y artículos científicos.

En constancia, firmo este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO en presencia del investigador _____, y de un testigo que da fe de mi libre decisión de participar de esta investigación.

Firma del participante:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía N° _____ de: _____

Firma del Testigo:

Firmo como testigo, afirmando que no pertenezco al grupo de investigadores y que no tengo intereses de ningún tipo en la ejecución o en los resultados de esta investigación:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía N° _____ de: _____

Firma del investigador:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía N° _____ de: _____

Firmado en el Municipio de _____ el día ____ del mes _____ del año _____.