



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD

**MODELO EXPLICATIVO DEL
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
EN ESTUDIANTES DE MEDICINA:
PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO
INFORMAL**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

OLGA MARINA ROBELO ZARZA

TUTORA PRINCIPAL

DRA. INGRID VARGAS HUICOCHEA
FACULTAD DE MEDICINA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. CARMELA RAQUEL GÜEMES GARCÍA
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

MTRO. FRANCISCO CALZADA LEMUS
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

MTRO. JAVIER NARANJO VELÁZQUEZ
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

MTRO. OMAR FERNANDO RAMÍREZ DE LA ROCHE
FACULTAD DE MEDICINA

MÉXICO, D. F. JUNIO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a:

La Universidad Nacional Autónoma de México, que a través de la Escuela Nacional de Trabajo Social, ha contribuido en mi formación profesional, es un honor ser egresada de esta máxima casa de estudios.

Al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, de la Facultad de Medicina, por las facilidades otorgadas para realizar este proyecto de investigación.

Mi reconocimiento al Programa de Maestría en Trabajo Social, bajo la dirección del Mtro. Francisco Calzada Lemus, en colaboración con Vicky García, Guadalupe Cañongo y Ramón González, por el apoyo para contribuir a la formación de profesionistas de calidad. Francisco, muchísimas gracias por tu disposición y empatía durante este proceso.

A la Dra. Ingrid Vargas Huicochea, directora de tesis, porque codo a codo contribuyó de manera significativa en el desarrollo y culminación de este proyecto, compartiendo su experiencia profesional; pero sobretodo, agradezco tu invaluable amistad y palabras de aliento cuando sentí desfallecer. Querida Ingrid: gracias por no soltar mi mano, eres un ser humano magnífico.

A los miembros del Comité Tutor: Dra. Carmela Raquel Güemes García, Mtro. Francisco Calzada Lemus, Mtro. Javier Naranjo Velázquez y Mtro. Omar Fernando Ramírez De la Roche, por las observaciones realizadas a este trabajo, que reflejan su compromiso y profesionalismo en la aventura de la investigación social.

A mis profesores del Programa de Maestría, que en cada cátedra compartieron sus conocimientos, haciendo de la maestría una experiencia académica inigualable, gracias: Mtro. Elí Evangelista Martínez, Dr. José Manuel Ibarra Cisneros, Mtro. Alejandro Chirino Sierra, Dr. Enrique Contreras Suárez, Mtra. Ruth Aguilar Padilla y Dra. Aída Imelda Valero Chávez.

Y por último, pero no menos importante, mi profundo agradecimiento a las Cuidadoras Primarias Informales, que compartieron su historia, emociones, miedos y esperanzas, que permitieron la realización de esta investigación: gracias infinitas por la confianza depositada.

DEDICATORIAS

La vida te depara experiencias que son un parteaguas en tu camino, y se convierten en una oportunidad de crecimiento. Pás, su partida terrenal marcó mi vida de una manera inimaginable. Este proyecto también es de ustedes, gracias infinitas por brindarme las herramientas para afrontar día con día las experiencias agradables y desagradables. Desde mi corazón, estoy segura que me acompañan en mi transición por este mundo, porque en los momentos en que desistí siempre estuvieron presentes los recuerdos de sus muestras de cariño y sus ganas de luchar. Los extraño, pero estoy convencida que están en un lugar lleno de amor y felices por estar juntos.... Algún día nos volveremos a encontrar....

***Silvia, Blanca, Pera, Gaby, David, Gris, Lupita, Pepe, Tofer, Iván, Lina, Lalo, Jime y Vale,** hermanos y sobrinos queridos, les dedico este proyecto que es reflejo de su eterna solidaridad: los amos.*

***Migue, Angy, Maris, Laura, Carmen, Vicky, Greñas, Gaby, Sergio, Sofía y Carlos,** gracias por todas las risas, conversaciones y experiencias vividas durante la maestría, que permitieron construir una relación de amistad: los adoro.*

***Claus, Ale, Mariana, Guille, Mary, Abril, Delia, Norma, Fabián, Magda y Clau,** les dedico este trabajo acompañado de mi sincero agradecimiento por su acompañamiento en esta etapa difícil de mi vida, que sin lugar a dudas ha sido un proceso de crecimiento personal y profesional: las quiero.*

*Y por último, desde mi interior agradezco a **Dios**, porque segundo a segundo confirmo que sus tiempos son perfectos.*

Olga Robelo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Índice de contenido	4
Índice de tablas	6
Índice de figuras	7
Índice de anexos	9
Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
Capítulo I. Antecedentes	16
1.1. El mundo de la depresión en estudiantes Universitarios	16
1.1.1. Definición, epidemiología e impacto del Trastorno Depresivo Mayor	16
1.1.2. Trastorno Depresivo Mayor en estudiantes universitarios	25
1.1.2.1. Contexto latinoamericano, nacional y local	25
1.2. Familia y Depresión	31
1.2.1. Dinámica familiar en estudiantes universitarios con Trastorno Depresivo Mayor	36
1.3. Cuidador Primario Informal	39
Capítulo II. Marco teórico	43
2.1. Modelos explicativos de la enfermedad	43
2.2. Teoría General de los Sistemas y Familia	47
Capítulo III. Planteamiento del problema	52
Capítulo IV. Pregunta de investigación	55
Capítulo V. Justificación	56
Capítulo VI. Metodología	57
6.1. Objetivos	57
6.1.1. Objetivo general	57
6.1.2. Objetivos específicos	57

	Pág.
6.2. Métodos y procedimientos	57
6.2.1. Técnicas e instrumentos	58
6.2.2. Propuesta de análisis	60
6.2.3. Universo de investigación: participantes	63
6.2.4. Procedimiento metodológico	64
6.3. Consideraciones éticas	69
Capítulo VII. Análisis e interpretación de resultados	70
Capítulo VIII. Discusión	109
Conclusiones	117
Fuentes consultadas	119
Anexos	130

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Depresión definida según criterios del DSM-IV y CIE-10	20
Tabla 2. Síntomas de la Depresión	21
Tabla 3. Dimensiones de carga	41
Tabla 4. Preguntas para construir los MEEs	46
Tabla 5. Base por categoría de CPI	62
Tabla 6. Concentrado por categoría	62
Tabla 7. Guía grupo focal con CPI	63
Tabla 8. Perfil sociodemográfico de las CPI	71
Tabla 9. Simbología Genograma	73

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Metas y retos de la salud mental global	17
Figura 2. Componentes sociales de la salud mental	18
Figura 3. Determinantes sociales de la salud mental	19
Figura 4: Elementos de la estructura familiar	32
Figura 5: Elementos de la dinámica familiar	33
Figura 6. Aplicación marco teórico	51
Figura 7 Simbología de identificación	61
Figura 8 Construcción de categoría	61
Figura 9: Proceso metodológico: Fase 1. Construcción de guía de entrevista	67
Figura 10: Proceso metodológico: Fase 2. Trabajo de campo	68
Figura 11: Proceso metodológico: Fase 3. Sistematización de información	68
Figura 12: Categorías de análisis	70
Figura 13. Genograma de la estructura y dinámica familiar construido a partir de la percepción de la Señora G	76
Figura 14. Fachada del domicilio de la señora G	76
Figura 15 Vista delegacional del domicilio de la señora G.	77
Figura 16. Genograma de estructura y dinámica familiar construido a partir de la percepción de la señora M	81
Figura 17 Fachada del domicilio de la señora M	81
Figura 18 Vista municipal del domicilio de la señora M.	82
Figura 19 Genograma construido a partir de la percepción de la señora A	85

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 20. Vista lateral del domicilio de la señora A	86
Figura 21. Vista delegacional del domicilio de la señora A.	86
Figura 22. Genograma de la estructura y dinámica familiar construido a partir de la percepción de la señora L	89
Figura 23 Vista de la fachada del domicilio de la señora L	89
Figura 24 Vista delegacional del domicilio de la señora L.	90
Figura 25. MEE de CPI de estudiante de medicina	108

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Guía de entrevista para cuidadores primarios de pacientes con TDM	131
Anexo 2. Guía de observación	135
Anexo 3. Registro comité de ética	136
Anexo 4. Carta de consentimiento informado	137

Esta investigación tuvo como objetivo: analizar la percepción (modelo explicativo) de la depresión, en el cuidador de los estudiantes de medicina diagnosticados con este trastorno, que acuden al departamento de psiquiatría y salud mental, con la finalidad de generar información, que, en un momento dado, pueda ser de utilidad para proponer estrategias de intervención contextualizadas.

Se trata de un estudio cualitativo que utilizó el método fenomenológico, a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas, visitas domiciliarias y observación. La información obtenida se analizó por medio de la categorización de significados, conformándose tres categorías: a) mi mundo familiar, b) depresión: ¿enfermedad o puntadas de mi hijo? Y c) ¿cuidadora yo?

En suma, el modelo explicativo que experimentaron las cuidadoras, estaba influenciado por el entorno sociocultural, ignorancia respecto a los signos y síntomas, medios de comunicación e historia personal. Percibieron a la depresión de forma ambivalente, como: destrucción y oportunidad. Señalaron que la principal causa fueron los conflictos familiares y el miedo principal que tuvieron fue que sus hijos no concluyeran con su proyecto de vida profesional. Por último indicaron la necesidad contar con estrategias de intervención que les brindara los conocimientos y habilidades para hacerle frente a su carga como cuidadoras.

Palabras clave: depresión, cuidadores primarios informales, modelo explicativo

ABSTRACT

This research was objective: to analyze the perception (explanatory model) of depression in the caretaker of medical students diagnosed with this disorder, who come to the department of psychiatry and mental health, in order to generate information, which in any given time, may be useful for proposed intervention strategies contextualized.

This is a qualitative study that used the method phenomenological through the application semi-structured interviews, home visits and observation. Information obtained was analyzed by means of categorization of meanings, settling three categories: a) family my world, b) depression: stitches illness or my child? And c) caregiver I?

In short, the explanatory model experienced by the caregivers, was influenced by the sociocultural environment, ignorance about the signs and symptoms media and personal history. Depression perceived the ambivalent form as: destruction and opportunity. Pointed out that the main cause was conflict and family home was afraid that had your children not conclude its project to professional life. Finally they have indicated the need intervention strategies that they give you the knowledge and skills to cope with charging as caregivers.

Keywords: depression, informal primary caregivers, explanatory model

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad multifactorial que se presenta sin importar edad, escolaridad, nivel socioeconómico y cultural; trae consigo múltiples consecuencias de gran impacto que influyen en el desarrollo óptimo de las potencialidades de los seres humanos, toda vez que ha tomado un comportamiento de *bumerang* que trae consigo un costo social que no afecta solamente al paciente en la esfera personal sino también a nivel familiar, escolar, comunitario y social en el que se desarrolla.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ reporta que, para el 2020 este trastorno será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, de manera que es fundamental conocer los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes que se involucran en la aparición, permanencia y tratamiento de éste, con la finalidad de diseñar estrategias de intervención acordes a las necesidades y recursos reales de la población que se atiende; por lo cual, es primordial como investigador social, acercarse al fenómeno, describirlo y analizarlo desde la propia voz de las personas que padecen el TDM y su contexto próximo: la familia.

La familia, es el espacio donde se viven los más grandes amores y desamores de los seres humanos, en ella se aprenden y reproducen las tradiciones y los aspectos socioculturales del lugar donde los individuos se desarrollan y con los cuales, brindan un significado a las experiencias cotidianas.

En este grupo primario, existe un personaje denominado Cuidador Primario Informal (CPI), quien es el responsable del cuidado y la satisfacción de las necesidades de los integrantes de este grupo, especialmente si alguno de ellos padece algún tipo de enfermedad crónico degenerativa, incluyendo los trastornos psiquiátricos; sin embargo, en muchas de las ocasiones es invisible para el equipo de salud.

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental (DPSM) pertenece a la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), cuenta con tres áreas principales: a) docencia, en la que contribuye a la formación de recursos humanos especializados en el área de Psiquiatría, Psicología Clínica y Trabajo Social Psiquiátrico, b) investigación, en donde se diseñan y ejecutan proyectos de investigación de alto nivel e impacto para la sociedad en temas de Salud Mental y Psiquiatría; y c) atención clínica a través de los servicios que se ofrecen en la Clínica del Programa de Salud Mental.

En la Clínica del Programa de Salud Mental, se brinda una atención integral al estudiante a través de la participación de un equipo interdisciplinario conformado por: Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social, mismo que, en diversas reuniones de trabajo, ha expresado la relevancia de conocer los factores familiares que enmarcan los trastornos psiquiátricos.

El trabajador social cuenta con los conocimientos, herramientas y habilidades para relacionarse con la población que está siendo afectada de manera directa o indirecta por algún tipo de trastorno psiquiátrico, ayudándolos a identificar su problemática específica con la finalidad de encontrar alternativas de solución contextualizadas, elemento donde surge el motivo para la realización de esta investigación debido a que es necesario conocer de viva voz la percepción y explicación que tienen los CPI de los estudiantes de medicina diagnosticados con TDM que acuden a DPSM de la UNAM.

En virtud de que los trastornos psiquiátricos son sumamente incapacitantes, el eje de acción en la atención que se brinda a los pacientes que acuden al DPSM de la FM de la UNAM, tiene como premisa que, la familia es un apoyo imprescindible para los profesionistas por ser el eje principal en el diagnóstico, tratamiento, evolución y rehabilitación de éstos.

En consecuencia, esta investigación surgió a partir de la experiencia laboral obtenida como trabajadora social adscrita al DPSM, toda vez que, los estudiantes de medicina de la máxima casa de estudios son una población que está

constantemente sujeta a estrés por diversos factores: la etapa del ciclo vital individual que están cursando, las presiones escolares propias de la profesión que eligieron como proyecto de vida y las características familiares específicas que, en términos de Schutz,² permiten darle un significado a su vida cotidiana; factores que en algunos casos son precipitantes o perpetuantes para la presencia del TDM, principal diagnóstico en esta población de acuerdo al expediente electrónico Health Centre ® utilizado en el DPSM, en el cual se señala que, durante el año 2011 representó un 56.2% y para el 2012 un 42.2% de la población total.

Por las razones que se acaban de señalar, en el primer capítulo se presenta un bosquejo de los antecedentes que se tienen del fenómeno de estudio, con la finalidad de brindar un panorama general de la definición, epidemiología e impacto del TDM, así como las consecuencias específicas de su presencia en estudiantes universitarios a nivel latinoamericano, nacional y local; se concluye este apartado con datos de investigaciones que relacionan las variables familia y depresión en estudiantes universitarios, haciendo énfasis en el CPI.

Debido a que el CPI es una persona que tiene una historia que influye en el significado que le brinda a la experiencia cotidiana y además, forma parte del grupo primario llamado familia (espacio, en el que se brindan las herramientas necesarias para desarrollar su potencial), en el segundo capítulo se abordan las premisas teóricas de los Modelos Explicativos de la Enfermedad (MEEs) y de la Teoría General de los Sistemas (TGS).

Revisando el estado del arte que aborda el presente tema, no se encontraron hasta el momento estudios cualitativos que investiguen la percepción y los MEEs que experimentan los CPI del estudiante de medicina diagnosticado con TDM; por tal motivo, desde el capítulo tercero al sexto, se puede visualizar el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, la justificación y la metodología que permitió el acercamiento al fenómeno de estudio.

En el capítulo séptimo se presenta el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través del trabajo de campo que se realizó para cumplir con el objetivo de la investigación que fue analizar el MEE de los CPI de estudiantes de medicina de la UNAM.

Finalmente, en el capítulo octavo se presenta la discusión de los resultados señalando también las limitaciones de esta investigación; elementos que permitieron desarrollar el apartado de conclusiones.

En la parte última, con la intención de apoyar a todas aquellas personas que se interesen en el tema abordado, se incluyen las fuentes de consulta y los anexos.

1.1. EL MUNDO DE LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

El TDM, conocido coloquialmente como *depresión*, es una enfermedad multifactorial que se presenta sin importar edad, escolaridad, nivel socioeconómico y cultural; trae consigo consecuencias biopsicosociales de gran impacto que influyen en el desarrollo óptimo de las potencialidades de los seres humanos; sin embargo, las corrientes modernas del pensamiento científico se interesan en la manifestación de trastornos depresivos, haciendo énfasis en los mecanismos bioquímicos, moleculares o genéticos que parecen regir dichos problemas, obviando aspectos psicosociales.³

Esta visión deja de lado que el ser humano debe concebirse como un ser global integrado por componentes biológicos y psicológicos en interacción constante con su entorno, el cual incluye tanto los aspectos físicos y ambientales como familiares, culturales, políticos y económicos, línea que tiene como fundamento este trabajo.⁴

La OMS¹ proyecta que se convertirá en la segunda causa de discapacidad en el mundo, dato alarmante que resalta la importancia de conocer el comportamiento de este trastorno en diferentes grupos poblacionales, por tanto en este capítulo se explica la definición, epidemiología e impacto de este trastorno, así como las consecuencias específicas de su presencia en estudiantes universitarios y los efectos de esta enfermedad en la dinámica familiar, concluyendo este apartado con la conceptualización del CPI, que es el sujeto de estudio de esta investigación.

1.1.1. DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA E IMPACTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La mayoría de las personas no brindan importancia a la salud mental, inclusive ha sido objeto de indiferencia y abandono, no toman en cuenta que se concibe como parte indivisible de la salud integral de los individuos porque se enfoca en el desarrollo de las potencialidades del ser humano para lograr una vida

interpersonal plena, es decir, implica más que la ausencia de enfermedades y trastornos psiquiátricos.

De la Fuente⁵ señala que, la incorporación de la salud mental en el contexto global de la salud es actual ya que en ocasiones no se contempla en proyectos tan importantes como las Metas para el Desarrollo del Milenio, en el cual omitieron hablar del tema a pesar de que el 14% del peso global de la enfermedad es atribuible a los trastornos neuropsiquiátricos. En este tenor, el mismo autor señala que el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense y la Alianza Global para las Enfermedades Crónicas, con sede en Londres, lanzaron una iniciativa titulada: los grandes retos de la salud mental global, en donde los elementos básicos de discusión deben de estar en constante comunicación, con la finalidad de brindar respuestas eficaces (ver Figura 1).



Figura 1. Metas y retos de la salud mental global, adaptada de De la Fuente (2011:8)⁵

La Secretaría de Salud en México señaló, en el Programa de Acción en Salud Mental del 2001⁶, que el equilibrio entre la salud física y mental permite desarrollar en las personas estrategias de afrontamiento adecuadas para el estrés de la vida

cotidiana. No obstante, la actualidad está matizada por importantes rezagos económicos, políticos, culturales y sociales que influyen en su bienestar integral.

Se trata de una sociedad donde la inseguridad es latente, entendiendo este concepto como la sensación de estar indeciso o falta de confianza para cubrir las necesidades básicas instrumentales y afectivas, situación que obliga a las personas a sobrevivir y no a disfrutar de las experiencias cotidianas, por tanto el significado que le brindan puede ser de insatisfacción y desesperanza, lo cual se debe, a que el ser humano se desenvuelve en un medio físico y sociocultural que él define y dentro del cual ocupa una posición, no solo en términos de espacio físico y tiempo exterior, o de su status y su rol dentro del sistema social, sino también de una posición moral e ideológica.^{2,7}

El estilo de vida que caracteriza la época histórica actual exige cumplir estándares sociales, profesionales y académicos que obligan al ser humano a actuar en detrimento de su salud, de ahí que las actividades en beneficio de la salud mental adquieran mayor importancia, pues los individuos han puesto hincapié en la búsqueda de profesionistas que los orienten a lograr el mejor desarrollo de su potencial, debido a que las personas no están educadas para identificar los recursos que tienen a su alcance y ser proactivos en la búsqueda de bienestar.

El ser humano es un individuo que es gregario por naturaleza, por lo que está involucrado en condiciones que impactan en el proceso salud –enfermedad, tituladas componentes sociales de la salud mental, los cuales permiten al individuo establecer relaciones intra e interpersonales (ver Figura 2).

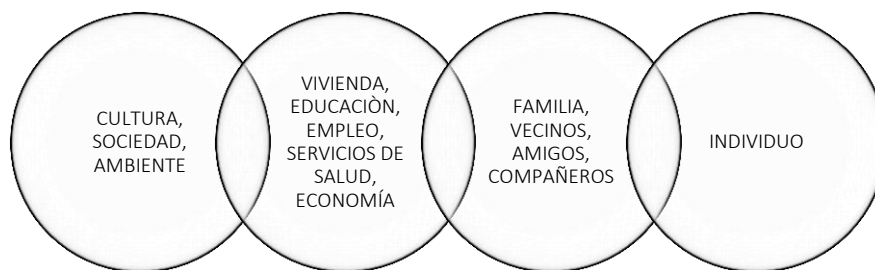


Figura 2. Componentes sociales de la salud mental, adaptada de Berenzon & Vargas (2011:13)⁴

En este orden de ideas, Berenzon & Vargas⁴ señalan que existen condiciones que parecen ser exclusivas de las sociedades occidentales, las cuales se pueden observar en la Figura 3.

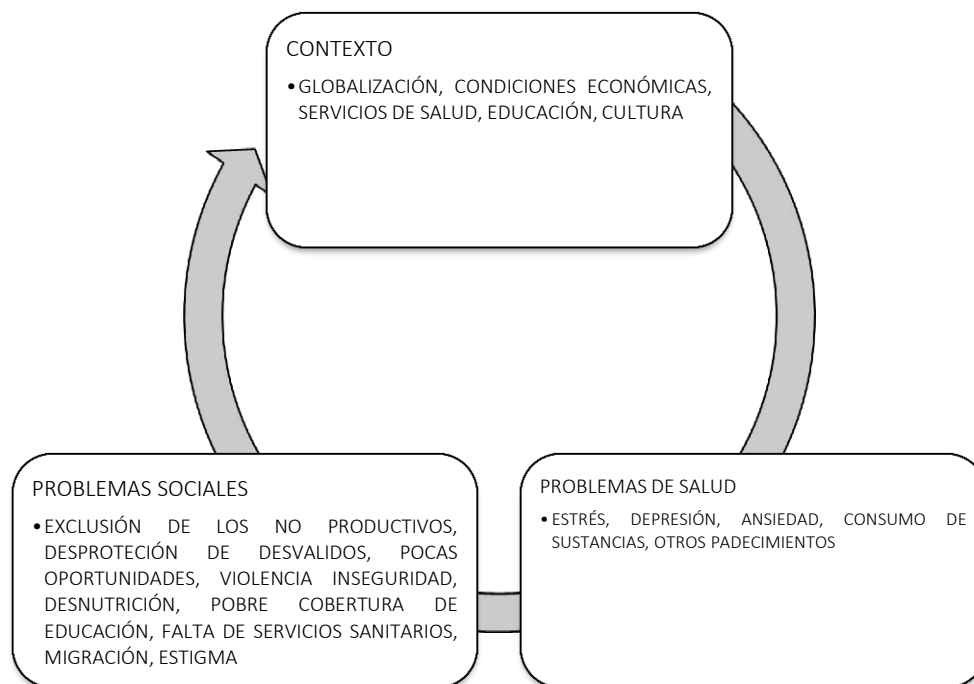


Figura 3. Determinantes sociales de la salud mental, adaptada de Berenzon & Vargas (2011:14)⁴

En el Informe sobre la Salud en el mundo: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas presentado por la OMS en 2001, se reportó que más del 25% de la población padecía en algún momento de su vida algún trastorno mental o conductual, fenómeno que se corroboró en diversos informes presentados por esta organización en 2009, donde se señaló que cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años y se calcula que aproximadamente el 20% de niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales.¹

Existen dos clasificaciones aceptadas por la comunidad médica científica internacional que establecen los criterios de diagnóstico de los trastornos psiquiátricos: la primera se titula Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) diseñada por la Organización Mundial de la Salud, y la segunda fue creada por la Asociación Psiquiátrica Americana denominada Manual Diagnóstico

y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IVTR), del cual actualmente se encuentra la versión DSM-V aprobada recientemente.^{8,9}

Debido a que en el DSM-IV-TR no se especifica una definición clara y concreta del concepto de trastorno mental, en esta tesis, se utiliza la definición contemplada en el DSM-V¹⁰ que a letra dice:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición de un individuo, la regulación emocional o de comportamiento, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo. Los trastornos mentales se asocian generalmente con malestar significativo o discapacidad en la vida social, laboral o de otras actividades importantes.

Dentro de los problemas de salud mental, el TDM es uno de los trastornos que puede ser fácilmente diagnosticado por los médicos generales en el primer nivel de atención; sin embargo, por la falta de capacitación de profesionistas en el área de salud mental y el estigma de que son sujetos las personas que lo padecen, se dificulta su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Berlanga, Camarena, Díaz & Heinze¹¹ diseñaron un esquema donde especifican los síntomas de *depresión* incluidos en las clasificaciones internacionales, los cuales pueden observarse en la tabla No. 1.

Tabla 1. Depresión definida según criterios del DSM-IV y CIE-10

(Tabla basada en la información de Berlanga, Camarena, Díaz & Heinze, 2010:35-36)¹¹

Síntomas de Depresión	DSM-IV	CIE-10
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi cada día	X	X
2. Marcada disminución del interés o las sensaciones placenteras por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días	X	X
3. Pérdida de energía o cansancio casi todos los días	X	X
4. Pérdida de la confianza o de la autoestima		X
5. Sentimientos irracionales de autor reproche o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.	X	X
6. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier comportamiento suicida	X	X
7. Disminución de la capacidad de concentración o indecisión casi cada día	X	X
8. Agitación o retraso psicomotores casi cada día	X	X
9. Insomnio o hipersomnia casi cada día	X	X
10. Cambios en el comportamiento alimentario (descenso o aumento del apetito, con los correspondientes cambios de peso)	X	X

Estos mismos autores señalan que existen cuatro grandes grupos de síntomas en el TDM: emocionales, cognitivos, volitivos y somáticos, los cuales se explican en la tabla No. 2.

Tabla 2. Síntomas de la Depresión

(Tabla basada en la información de Berlanga, Camarena, Díaz & Heinze, 2010:35-36)¹¹

TIPO DE SÍNTOMAS	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
Síntomas emocionales	Cambios en el estado de ánimo	Tristeza; pesimismo; falta de ilusión; desesperanza; tendencia al llanto; anhedonia.
Síntomas cognitivos	Modulación del ánimo sobre la valoración negativa que el individuo hace de sí mismo, del mundo y del futuro, conocida como tríada cognitiva de Beck.	Ideas de minusvalía e inutilidad; incapacidad de realizar tareas que antes hacía; verse y sentirse inferior a los demás; futuro sombrío; desesperanza; disminución de atención y concentración; deterioro de la memoria.
Síntomas volitivos	Falta de energía o impulso	Abulia; falta de iniciativa y de capacidad de decisión; anergia; lentitud de movimientos; deterioro o abandono de actividades laborales, escolares; domésticas; etcétera.
Síntomas somáticos	Afectan la diversidad de ritmos biológicos	Trastornos de sueños y apetito; disminución del deseo sexual; cefaleas y lumbalgias.

Entonces, entre las variables que incrementan el riesgo de *depresión* se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, así como dificultades laborales. Asimismo el estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar TDM, también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos. Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta. Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas, y probablemente este rasgo de personalidad, infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida.^{12, 13, 14}

Los diversos tipos de adversidad que tienen efectos sobre la salud mental y se pueden relacionar con el TDM se clasifican en: a) *sucesos vitales (life events)* que son

acontecimientos discretos que aparecen en un momento preciso y b) *dificultades persistentes y crónicas* que son problemas que se prolongan, por al menos cuatro semanas. Los sucesos vitales pueden provenir de diversas áreas de la vida: las relaciones, el hogar, la familia, la salud, los hijos, el matrimonio, las obligaciones sociales, el dinero, el descanso y los amigos, y su poder traumático tiene que ver con su traducción subjetiva.¹⁵

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México, se estableció que el 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE-10 alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% durante los últimos 30 días. Dentro de esta población se encontró que el 9.1% ha padecido alguna vez en su vida un trastorno afectivo. En esta investigación se puede ver que el episodio depresivo mayor presenta un primer auge alrededor de los 17 años, otro segundo pico alrededor de los 32 años y al final de la edad máxima de la encuesta se presenta otro momento de auge. En resumen, esta indagación señala que uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento en su vida. Los trastornos de ansiedad son los más crónicos; y de los trastornos individuales, el más común fue el TDM.¹⁶

Otros datos epidemiológicos aportan que en México, la *depresión* es uno de los problemas más importantes de salud mental porque de acuerdo a los datos reportados, el TDM que se presenta en mujeres es de 4.5%, mientras que en los hombres es de 2.0%. Específicamente en el Distrito Federal un estudio concluyó que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años presenta trastornos afectivos, de los cuales el 7.8% corresponden a Episodios de Depresión Mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón.^{17, 18}

Un estudio realizado en 1994 señaló que en nuestro país, el reto de atención de los enfermos mentales es grande, debido a que se espera que el índice de enfermos se incremente por problemas sociales como la pobreza, violencia, aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros.¹⁹

Debido a la alta prevalencia del TDM en la población en general y a las alteraciones en la funcionalidad biopsicosocial de las personas que lo padecen, se ve afectada su calidad de vida, por lo que es imprescindible realizar investigaciones que permitan conocer las variables clínicas y psicosociales que se involucran, con la finalidad de contar con información clara y precisa que concluya en un diagnóstico y tratamiento oportuno.¹⁴

Por este motivo, Lara, Medina-Mora, Borgues & Zambrano realizaron la primera investigación en América Latina que reportó el impacto de los trastornos mentales según la discapacidad y los días de actividad perdidos que se generan. Se evaluaron cuatro áreas: laboral, vida social, familiar y relaciones cercanas. De las cuatro áreas evaluadas, se encontró que las más afectadas fueron: relaciones con personas cercanas y vida social; sin embargo, también se reportó que en el área laboral de las personas que padecen *depresión*, se tiene una pérdida importante de días de actividad. La conclusión principal de esta investigación giró en torno a que el TDM es uno de los trastornos que tiene un nivel más elevado de discapacidad en comparación con otras enfermedades crónicas no psiquiátricas.²⁰

Sin importar los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente a pesar de que se tiene conocimiento que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. No obstante, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente porque existe un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable, situación que se corroboró en un estudio en el que se concluyó que tan solo el 20% de las personas con TDM buscaban algún tipo de atención especializada.^{18, 21}

En este punto es importante resaltar que la población no solicita la ayuda profesional que está disponible debido a factores como el estigma de que son sujetos y el desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial. Asimismo es fundamental señalar que no existe una congruencia

entre las necesidades presentadas por las personas y los servicios que brindan las instituciones, porque las primeras tienen diversas fuentes de estrés que no son contempladas por el equipo de salud interdisciplinario, quienes en la mayoría de los casos brindan una atención basada en diagnósticos psiquiátricos.^{22, 23}

Continuando con el párrafo anterior, es necesario hacer énfasis en el concepto de estigma porque se encuentra fuertemente relacionado con la enfermedad mental. Existen diversas aproximaciones a la hora de definir este concepto; sin embargo, de forma general se contemplan tres aspectos: primero se encuentran los *estereotipos* en los que se incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad; es decir, representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas, transmitidos a través de las creencias sobre ese grupo. Cuando se aplican los estereotipos y las personas experimentan reacciones emocionales negativas por ello, como es el miedo, temor y desconfianza, se está poniendo en marcha el segundo elemento que se enfoca en los *prejuicios sociales*, los cuales se ponen de manifiesto en forma de actitudes y valoraciones, que dan lugar al tercer elemento denominado *discriminación efectiva*, que se materializa en todos aquellos comportamientos de rechazo, que ponen a las personas con enfermedad mental en situación de desventaja social. En definitiva, los *estereotipos*, *prejuicios sociales* y *discriminaciones afectivas* asociadas a la enfermedad mental, pueden privar a quienes la padecen y a sus familiares de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal.²⁴

Para concluir con esta idea, es necesario señalar que la sociedad en general infiere que una persona tiene una enfermedad mental a partir de cuatro tipos de signos y tiende a reaccionar de forma estigmatizadora ante ellos: 1) *síntomas psiquiátricos* como comportamientos extraños, irregularidades en el lenguaje; 2) *déficits de habilidades sociales* como el déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión; 3) *apariencia física* como higiene personal y forma de vestir; y

4) *etiquetas* asignadas por otros a partir del establecimiento de un diagnóstico, por auto asignación o por asociación.²⁴

Resumidamente, el TDM afecta el humor, pensamiento, estado psicomotor, comportamiento, motivación, fisiología y funcionamiento psicosocial de las personas que lo padecen, generando discapacidad y enorme costo biopsicosocial, por lo que es de suma importancia presentar un bosquejo del TDM en poblaciones específicas en quienes dicho deterioro puede tener consecuencias graves incluso a futuro, tal es el caso de los estudiantes universitarios.

1.1.2. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Los jóvenes adultos que tienen la oportunidad de ingresar a los estudios superiores que ofrece la UNAM son privilegiados, puesto que obtendrán herramientas cognitivas y sociales para forjarse un proyecto de vida que les permita satisfacer sus necesidades básicas y específicamente humanas. Empero, cuando se presenta en el camino obstáculos de índole físico, intelectual, psicológico, familiar e inclusive social que impidan cumplir en tiempo y forma dicho proyecto de vida, se logra vislumbrar un panorama nada favorable, por ello es fundamental conocer a continuación el contexto internacional, nacional y local de la *depresión* en estudiantes universitarios, con la finalidad de aproximarnos cada vez más al fenómeno de estudio.

1.1.2.1. CONTEXTO LATINOAMERICANO, NACIONAL Y LOCAL

Estudios realizados en población universitaria coinciden en que existen factores individuales, familiares, ambientales y sociales que aumentan el riesgo de que un alumno sufra TDM, como son: baja autoestima, escasa capacidad para manejar acontecimientos vitales estresantes, dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas, consumo y abuso de alcohol y drogas, antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, planeación y/o intento de suicidio, entre otros. Entre los factores sociales y

ambientales, se ubican la presencia de estrés económico, profesional y académico, destacando situaciones de incomunicación y aislamiento del estudiante con su red de apoyo, debido al traslado de residencia del joven por cuestiones escolares o bien, por dificultades en la adaptación al ambiente universitario. Con relación a la epidemiología del TDM en estudiantes universitarios, se concluye que de un 25% a un 49.8% de la población universitaria, padece este trastorno.^{25,26, 27}

A causa de la alta prevalencia del TDM en estudiantes universitarios, varios investigadores señalaron la importancia de continuar con el estudio y análisis del comportamiento de estos cuadros en la población estudiantil, para aportar a la estructuración de programas de prevención y promoción de la salud mental que contemplen variables ambientales, con la finalidad de disminuir las conductas desadaptativas asociadas y favorecer en los estudiantes, la adquisición de habilidades de afrontamiento ante estos eventos estresores.^{25, 28, 29}

Asimismo, en la literatura relacionada con el tema se señala la necesidad de tener instrumentos de valoración que permitan detectar precozmente la sintomatología en estudiantes universitarios, y lograr disminuir las consecuencias de la *depresión*, entre las que se encuentran: deterioro en la esfera cognitiva, relaciones hostiles con los docentes, directivos y compañeros; baja autoestima; frustración; limitación de la satisfacción de las necesidades vitales; confrontación con la propia vulnerabilidad y pérdida de valor ante los demás respecto a las pérdidas en el proceso salud-enfermedad.^{27, 30,31,32}

Con relación a la presencia del TDM en estudiantes universitarios de la carrera de medicina, en el contexto internacional estudios reportaron una prevalencia del 36.4% al 92.9%, reflejándose por un lado en un bajo rendimiento académico y por otro, en un consumo excesivo de psicofármacos en épocas de exámenes debido a niveles altos de ansiedad y *depresión*.^{33, 34, 35}

El impacto y las características observadas en líneas anteriores, son compartidos en los estudios realizados con estudiantes universitarios mexicanos³⁶. Por ello es necesario puntualizar que adquirir una enfermedad crónico-degenerativa es un problema con el que se tiene que aprender a vivir porque persiste durante periodos prolongados, no desaparece completamente y deteriora de manera paulatina el ser biopsicosocial de quien la padece, e impacta también a las personas significativas que lo rodean.³⁶

En México, se han realizado diversos estudios que evalúan los efectos de la depresión en estudiantes universitarios mexicanos ya que la presencia de este trastorno en jóvenes de ese nivel educativo tiene una relación directa con la cultura, economía, servicios médicos, desempeño escolar y ambiente familiar, por ende se señala la importancia de diseñar e implementar estrategias preventivas.^{37,38}

Las investigaciones realizadas señalan que dentro del campo de la salud mental es importante analizar el curso de la sintomatología depresiva y la depresión en estudiantes de nivel medio superior y superior; primero porque esta sintomatología influye sobre el estado de ánimo y las situaciones que se viven como poco placenteras o molestas, las cuales pueden convertirse en un factor de vulnerabilidad porque inciden en las esferas biopsicosociales de las personas, y segundo, porque la etapa de desarrollo por la que atraviesan estos jóvenes se caracteriza por incertidumbre al futuro ya que deben de consolidar su elección vocacional para forjar un proyecto de vida exitoso; sin embargo, al ser una etapa de estrés biopsicosocial para ellos, se presentan miedos a la soledad, responsabilidad y fracaso, sentimientos que son un medio de cultivo para desarrollar trastornos psiquiátricos y/o conductas.^{39, 40}

Con relación al diagnóstico de depresión en estudiantes de medicina en México, Joffre, Martínez, García & Sánchez, determinaron la presencia de manifestaciones depresivas en 251 estudiantes de primer y cuarto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, encontrando como hallazgo

importante, que el 26.9% de estudiantes de primer año y el 27.2% de cuarto, presentaban sintomatología depresiva.⁴¹

Hasta este momento el lector debe tener claro que el TDM afecta a toda persona sin importar espacio geográfico, por ello, a continuación se contextualiza el espacio que se seleccionó para realizar la investigación.

La UNAM fue fundada el 21 de septiembre de 1551 siendo en la actualidad la más grande e importante universidad de México e Iberoamérica. Tiene como propósito primordial estar al servicio del país y de la humanidad, formar profesionistas útiles a la sociedad, organizar y realizar investigaciones, principalmente acerca de las condiciones y problemas nacionales, y extender con la mayor amplitud posible, los beneficios de la cultura. En el mundo académico es reconocida como una universidad de excelencia porque responde al presente y mira el futuro como el proyecto cultural más importante de México, se trata de un espacio de libertades porque en ella se practica cotidianamente el respeto, la tolerancia y el diálogo.⁴²

En este orden de ideas, debido a la importancia que tiene la UNAM en la formación de futuros profesionistas que contribuirán al bienestar social, se han realizado investigaciones en este centro de estudios relacionadas con el tema de interés en el presente trabajo: depresión en estudiantes universitarios.

El primer estudio sobre la prevalencia de fenómenos depresivos en un plantel universitario fue realizado en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón, donde se concluyó que la depresión en los estudiantes universitarios puede constituir un problema relevante debido a que al malestar psicológico que presentan y a la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio porque esta enfermedad afecta las funciones cognoscitivas, por lo que sugieren la implementación de servicios de atención psicológica que las escuelas de nivel superior, coincidiendo este dato con lo reportado en otro estudio que indica la importancia de diseñar estrategias de intervención que permita a los universitarios disminuir y paulatinamente desaparecer los factores que obstaculizan su desempeño académico.^{43,44}

Debido a que los estudiantes universitarios se encuentran en un proceso de transición biológica, psicológica, familiar, académica y social que trae consigo desajustes que influyen en el desarrollo y culminación de su proyecto de vida, se convierten en una población que es de suma importancia estudiar porque será la población económicamente productiva que contribuya al bienestar integral de México. Por tanto, se ha estudiado la relación entre ansiedad y depresión en hombres y mujeres que desarrollan actividades escolares durante la mayor parte del día; la relación de la depresión de esta población con conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco y se han validado instrumentos de tamizaje.^{43, 45,46}

Con relación a los estudiantes de medicina matriculados en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, se realizó una investigación que evaluó la relación de la salud mental con el rendimiento académico de los alumnos de las carreras de Medicina, Psicología y Odontología. En esta investigación se concluyó que existen estragos importantes en el rendimiento académico de la población que acude a instituciones de educación superior debido a que se brinda poca atención a la salud mental de los individuos. También se señala que la oportunidad que una persona tiene de estudiar una carrera profesional representa un momento decisivo en su vida, que estará matizado por las condiciones sociales, económicas, culturales, históricas, políticas, familiares y personales que se encuentre viviendo en el ingreso, permanencia y culminación de este proyecto.⁴⁷

Otro dato importante de las investigaciones realizadas en estudiantes de medicina que asisten a las Facultades de Estudios Superiores de la UNAM, demuestran que los alumnos adscritos a esta carrera eran alumnos irregulares porque tenían módulos no acreditados, el 37% abandonó la carrera y el promedio de los egresados fue de 7.3, por lo que muestran una puntuación por debajo de lo normal establecida para estudiantes universitarios.^{46, 47, 48}

Específicamente en la FM, Campus Ciudad Universitaria de la UNAM, se encontraron dos investigaciones. La primera investigación se realizó en 2008 donde se investigaron los síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la FM de la UNAM debido a que a decir de los autores, existen pocos estudios realizados en México y menos aún en la FM. Entre los resultados se pueden mencionar que la sintomatología psiquiátrica mostró mayor gravedad en alumnos repetidores donde predominaron trastornos obsesivos-compulsivos, depresivos, de ansiedad y problemas de relaciones interpersonales. Cabe señalar que estudiar medicina implica condiciones de estrés constante, sin embargo, para los estudiantes universitarios matriculados en esta carrera el solicitar ayuda es un factor de debilidad que influye en el desarrollo de una vida académica exitosa y satisfactoria.⁴⁹

La segunda fue realizada en 2009 donde se compararon los condicionantes de salud del examen médico automatizado que aplica la Dirección General de Servicios Médicos de esta dependencia a los estudiantes, con el rendimiento académico. La investigación se realizó con dos generaciones del primer año de la carrera de medicina concluyendo que los principales problemas de los jóvenes se encuentran en los aspectos psicosociales, situación que se reflejó en el condicionante de salud mental donde destacó la prevalencia de depresión y ansiedad. En cuanto a la depresión los autores señalan que es contundente que los alumnos irregulares tuvieron una mayor tendencia a sentirse con miedo no solo a desmayarse en público, sino ante lo que tienen que hacer cotidianamente en su desempeño escolar, situación que puede representar dificultades para enfrentarse a las actividades educativas grupales y para tomar decisiones, aspecto fundamental en la formación del médico.⁵⁰

Los párrafos anteriores permiten tener una visión general de las diferentes consecuencias que tiene el TDM en los estudiantes universitarios, lo cual confirma que es una enfermedad multifactorial. Empero, las investigaciones señaladas reflejan la condición individual de los estudiantes que padecen Depresión, y como científicos sociales no se debe pasar por alto la tesis de que la concepción, visión

y tratamiento del enfermo sobre su padecimiento, es también concepción de su relación con los otros y con la sociedad en su conjunto.⁵¹

Desde este punto de vista, el ser humano necesita vivir en un grupo con la finalidad de cubrir tanto sus necesidades básicas como las específicamente humanas, convirtiéndose la familia de esta manera, en el primer agente socializador y red de apoyo, en el cual se aprende la forma de convivir en diferentes espacios y momentos.

1.2. FAMILIA Y DEPRESIÓN

Existen diversos tipos de familias con distinta estructura y dinámica; no existe una igual que otra, ni una mejor que otra; su composición *per se* es valiosa y trae consigo una historia, una forma de significar el mundo en el que se vive cotidianamente. Por tal razón, los profesionales de la salud y de las ciencias sociales deben identificar, reconocer, y sobre todo, respetar las diferentes percepciones y significados que tienen las personas de su diario vivir, puesto que la forma de organización e interacción que tiene cada grupo familiar permite a sus integrantes, satisfacer en la medida de lo posible las necesidades básicas de casa, vestido y sustento; así como las específicamente humanas.

En este orden de ideas, ya desde los años 80's, se definió a la familia como un grupo humano primario en el que los individuos nacen, establecen contactos, realizan un tipo de unión y encuentran el ambiente propicio para establecer un tipo humano de comunicación enriquecedora y perfectible. Además en este grupo primario coexisten lo tradicional y lo nuevo, ello establece la necesidad de armonizar por un lado lo contemporáneo y lo clásico, y por otro equilibrar el cambio y el conflicto inherentes.^{51, 52}

Este grupo considerado como el más importante en la sociedad, ha sufrido un sinnúmero de cambios en su composición y en las funciones que hasta el momento venía ejerciendo, las cuales ahora son complementadas, suplementadas o reparadas por otros grupos o instituciones sociales, como por ejemplo: la familia

extensa, el vecindario, la comunidad, la red de apoyo social, los centros de desarrollo infantil, la escuela, los clubes, los grupos deportivos, religiosos y culturales, entre otros.

Sin embargo, *la función de socialización* entendida como la transmisión de normas y valores de la sociedad, y *la función de protección psicoafectiva* que consiste en brindar afecto y seguridad a los integrantes del grupo, son funciones principales que nunca podrán eliminarse como parte de este grupo, debido a que constituyen los pilares de la personalidad del ser humano para afrontar y adaptarse a los cambios.

En este punto es importante destacar que todo grupo familiar está conformado por dos elementos: estructura y dinámica familiar. Existen diversos autores que definen estos conceptos; sin embargo, por convenir al marco teórico que se utilizó en esta investigación, solo retomaremos la definición que realiza Emma Espejel Acco.⁵³

De acuerdo con esta autora, la *estructura familiar* (ver figura 4), es la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a: *jerarquía* que es el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o decisiones finales; *límites*, que son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia que establecen las fronteras entre una generación y otra; *alianzas*, que es la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia para perjudicarse o beneficiarse entre sí; y *territorio*, que es el espacio que cada integrante ocupa en determinado contexto.⁵³

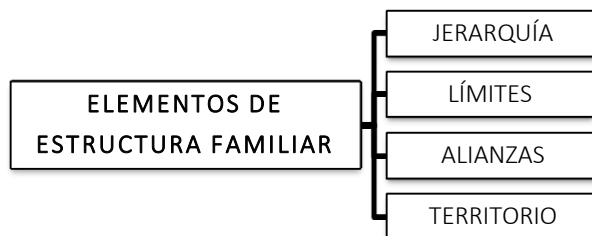


Figura 4: Elementos de la estructura familiar

Con lo que respecta a la *dinámica familiar* (ver figura 5), Espejel señala que es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicho grupo. Ella menciona siete etapas del ciclo vital: la formación de la pareja, el nacimiento de los hijos, crianza y educación de los hijos, familias con hijos adolescentes y adultos, re-encuentro, y soledad, vejez y muerte.⁵³

La *dinámica familiar* es la unión y corresponsabilidad favorable o desfavorable de la conducta de todos los integrantes, que hacen que la familia funcione adecuadamente o no. Los elementos más significativos que identifica son: *comunicación*, que se refiere al intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás; *roles*, que son las expectativas consientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro integrante; *control de conducta*, que son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es aceptado y lo que no lo es; *afectos*, se refiere a las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los integrantes de la familia; y *psicopatología familiar*, que se presentan cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.⁵³

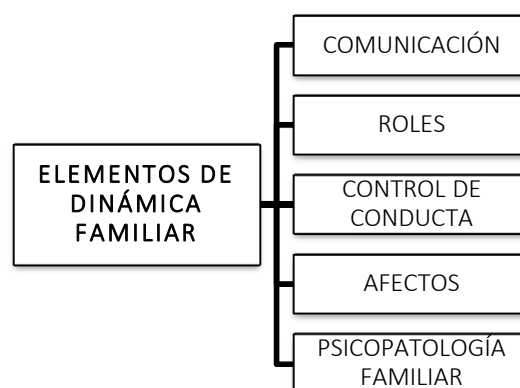


Figura 5: Elementos de la dinámica familiar

Para concluir este apartado, es de suma importancia señalar que el estudio de la dinámica y estructura familiar permitirá catalogar a las familias como funcionales o disfuncionales, dependiendo de la manera en que se interrelacionan sus miembros, y de esta forma determinar la intervención adecuada a las características socioculturales, económicas e inclusive espirituales de cada una. Por tal motivo es ineludible reflexionar que la vida familiar mexicana queda íntimamente ligada a múltiples estereotipos que la propia cultura popular integra y genera a través del sentido ideológico de quienes son sus beneficiarios.⁵⁴

Por esta razón es importante mencionar que, en México se considera que los lazos de parentesco son la base de la seguridad, el canal natural para la socialización de la persona y el medio por el cual se cubren las necesidades básicas como la salud.

Es decir, la familia es el principal sistema de bienestar y una importante fuente de ayuda para las personas con algún tipo de enfermedad crónica degenerativa como es el caso de los trastornos psiquiátricos, en virtud que pueden ocasionar deficiencias en estructuras y funciones corporales, limitaciones en actividades básicas cotidianas, afectando la participación del individuo en su medio familiar y social, inhabilitándolo para asumir roles de acuerdo a su tiempo y espacio, generando en la mayoría de los casos algún tipo de discapacidad, entendida como la dificultad que tienen los enfermos mentales para diseñar y ejecutar un proyecto de vida.^{55, 56, 57}

La existencia del individuo como ser social se debe al proceso de interacción que a lo largo de su desarrollo y ciclo vital tiene con los seres que lo alimentan, cuidan, enseñan, atienden y protegen; por tanto, la seguridad, satisfacción personal, autoestima, felicidad, dolor o tristeza se origina y declina en el interjuego de la relación social, espacio donde la familia juega un papel relevante porque es concebida como un sistema social, en el que la interacción de sus miembros a través de la comunicación establecida, los roles ejercidos, los objetivos que se pretenden cumplir como grupo y las normas estipuladas, hacen que funcione como un sistema potenciador de salud o enfermedad. Esto es, todo

comportamiento humano ocurre en un contexto bio-psico-socio-cultural-espiritual, con la familia en el centro. Por tanto, el conocimiento y el abordaje de una persona sana o enferma deberán partir del estudio de su familia que es su contexto más próximo.^{58, 59, 60}

Por lo anteriormente expuesto, existen investigaciones que relacionan las categorías familia o dinámica familiar y depresión, pero merece especial atención el estudio etnográfico realizado en 2004 a 13 familias peruanas que convivían con un miembro de su grupo primario diagnosticado con TDM. En este estudio las autoras afirman que si bien, aún se desconoce el movimiento de la *depresión* en cifras, el conocimiento respecto a las vivencias de los portadores del diagnóstico y sus familiares es escaso. Dentro de las conclusiones a las que se llegaron en esta investigación se puede destacar que el modo de actuar y pensar de las familias informantes es influenciado por el bagaje cultural, toda vez que los valores, costumbres, mitos, modos de comportamiento relacionados a la depresión, fueron aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra. Otro artículo publicado en ese mismo año, describe que las evidencias obtenidas demuestran que la depresión genera muchas incomodidades y constituye una carga pesada para la familia, reiterando la necesidad de que la asistencia sea extendida a los familiares de las personas que sufren TDM. En esta línea en el Programa Específico de Depresión 2001-2006 de la Secretaría de Salud de México, se indica que la depresión es un trastorno médico grave y crónico que afecta la vida familiar, reduce la capacidad de adaptación social, es una causa de pérdida de productividad en el trabajo y tiene una gran influencia en los costos de salud.^{12, 59, 60}

Por otro lado, en 2007 se realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar. En este estudio se concluye que numerosos programas preventivos ejecutados en unidades de medicina familiar se enfocan en la prevención o disminución de enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas, sin tomar en cuenta la salud mental. Por ende, la importancia de la investigación realizada por estos autores radica en

que la frecuencia de depresión en los sujetos analizados indica que los trastornos mentales pueden convertirse en un importante problema de salud pública, por lo que es preciso recordar que la familia es una institución social que tiene un papel activo en el proceso de salud-enfermedad.⁶¹

En otros términos, la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. La eclosión de la enfermedad en la familia genera desajustes en la manera de interaccionar y funcionar de los integrantes del sistema, a lo que se le añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla. En función de este proceso se genera una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, las cuales pudieran llevar a mayor estrés a la familia o incluso agudizar la problemática que enfrentan.⁶²

1.2.1. DINÁMICA FAMILIAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON TDM

Ser enfermo es una condición individual que se conceptualiza a partir de las relaciones que mantiene el paciente no sólo con la medicina y los médicos, sino también con la familia, el entorno, el trabajo y las diferentes instituciones sociales; gracias a que el individuo presupone el mundo de la vida cotidiana como su realidad, es un mundo intersubjetivo en cuyo interior y sobre el cual actúa el hombre entre y con sus semejantes. Por tal motivo, a continuación se describirán las investigaciones que han relacionado las categorías de dinámica familiar, estudiantes universitarios y *depresión*.^{2, 55}

Estudios realizados con estudiantes universitarios diagnosticados con depresión, destacan la dinámica familiar como un factor precipitante y/o perpetuante del TDM. Los hallazgos principales de estas investigaciones son que los estudios universitarios son el medio para alcanzar la realización personal lo cual genera un

estrés en los jóvenes, pero ya desde su ingreso están presentes factores como los aspectos familiares y psicosociales que contribuirán a hacerlos más vulnerables frente a los diferentes escenarios que plantean los estudios superiores.^{29,30}

Para comprender desde una visión integral la importancia de la familia en el TDM y su relación con estudiantes universitarios, es importante citar que al ser la familia una institución básica que brinda las bases para el desarrollo emocional de sus integrantes, si ésta tiene dificultades para cumplir las funciones básicas de protección y educación entonces se presentarán rasgos de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. En este sentido, una investigación realizada en Colombia cuyo objetivo fue conocer la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en 424 estudiantes, informó que en las familias disfuncionales se presentaron con mayor frecuencia niveles importantes de *depresión*; y las familias con disfuncionalidad severa mostraron 1.4 veces más riesgo que las familias con disfuncionalidad moderada. En este estudio también se manifestó la importancia de diseñar y ejecutar programas de prevención e intervención que involucren los actores principales: estudiantes, padres y directivos de la escuela, con la finalidad de aprender a resolver los problemas presentes en el entorno familiar, sin perder la actitud positiva hacia otras personas, así como a percibir sus experiencias dolorosas como algo constructivo y valioso para su propio desarrollo.⁶³

Siguiendo esta línea, Gaviria, Rodríguez & Álvarez realizaron una investigación que examinó la calidad de la relación familiar, el riesgo de depresión y la asociación entre estos dos aspectos en estudiantes de medicina, para lo cual encuestaron 287 estudiantes universitarios, reportando que los conflictos familiares se expresan externamente a través de la agresividad y comportamientos antisociales, e interiormente con problemas de depresión y autoestima.⁶⁴

Otra investigación realizada en México en el 2009 que tuvo como objetivo describir la relación entre dinámica familiar, depresión y rendimiento académico en estudiantes de medicina, concluyó que en el grupo de alumnos irregulares existe

un mayor porcentaje de familias disfuncionales y una correlación estadísticamente significativa entre depresión y dinámica familiar. Los estudiantes irregulares de la carrera de médico cirujano tendían a presentar mayor disfuncionalidad familiar, por lo que se recomendó hacer un seguimiento de los estudiantes, toda vez que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento estático sino por el contrario, debe ser tomado en cuenta su gran dinamismo.⁶⁵

Cuando la percepción de signos y síntomas depresivos y la búsqueda de ayuda profesional se realizan oportunamente, la remisión de los síntomas y el alivio de esta vivencia serán en menor tiempo. Por consiguiente es elemental plantearse las siguientes interrogantes: ¿Cómo se da cuenta la familia que uno de sus miembros tiene depresión?, ¿Cuál es la ayuda buscada?, ¿A qué factores lo atribuyen?, ¿Cómo reaccionaron al enterarse, a través del diagnóstico médico, que se trataba de una depresión?

Para brindar una posible respuesta a estos cuestionamientos, en 2004 se realizó un estudio etnográfico con la finalidad de aprender acerca de la percepción inicial de la familia sobre la enfermedad y la búsqueda de ayuda para el tratamiento. En este estudio obtuvieron como resultado que el enfrentamiento inicial de la depresión por la familia posee como característica la dificultad para reconocer que se trata de una enfermedad mental y la búsqueda de tratamiento en instituciones de salud y recursos alternativos de la comunidad es escasa, y que además la depresión no es la enfermedad de una persona, es un fenómeno que afecta la vida de la familia, siendo evidentes los aspectos culturales a lo largo del proceso.

59, 60

Pero en el grupo familiar ¿quién será el integrante que brinda su apoyo al paciente diagnosticado con TDM, tanto en la identificación de la sintomatología como en la búsqueda de tratamiento, e inclusive en su reincorporación al ambiente familiar y social, y en caso de los estudiantes universitarios, retomar su proyecto de vida?

Cuando una persona padece TDM y no es atendida oportunamente, una de las principales consecuencias es que el paciente se convierta en una persona

dependiente, que es definida como aquella que por motivo de edad o enfermedad, precisa la atención de otra persona para cubrir sus necesidades básicas instrumentales y afectivas, apareciendo así en el escenario al CPI que es el principal proveedor de cuidados de salud.⁶⁶

1.3. CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

Dado que la familia ha sido tradicionalmente el espacio donde se brinda la atención y cuidado a los seres humanos, es necesario tener en cuenta que esta institución ha atravesado a lo largo del tiempo cambios que han impactado en su estructura y dinámica, por lo cual la manera de brindar atención y satisfacción de necesidades a sus integrantes también se ha modificado.

En esta línea, Cruz en su tesis doctoral, reflexiona sobre la importancia de estudiar a fondo las interrelaciones y efectos que se generan en torno al cuidado de pacientes con alguna enfermedad mental, lo cual permitirá realizar el diseño de propuestas objetivas que brinden apoyo y contención tanto a los individuos que tienen diagnosticado un trastorno psiquiátrico como a las personas que están en contacto cotidiano con ellos. Esta autora además indica que, la relación entre los conceptos de cuidado, carga y apoyo, involucra factores individuales, sociales y contextuales tanto de la persona que se responsabiliza del cuidado del paciente a quien se le denomina CPI, como de la persona cuidada e inclusive de la propia sociedad en la cual se desenvuelve.⁶⁷

Se entiende por CPI a aquella persona procedente del sistema de apoyo del paciente, sea un familiar o un amigo que de forma cotidiana, asume la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que respecta a la satisfacción de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria. Es aquella persona que de una forma voluntaria y decidida, toma la opción de convertirse en cuidador de ese otro que se encuentra limitado en sus recursos para enfrentar las demandas del mundo. El CPI es aquella persona que se desenvuelve en el ámbito de las relaciones privadas, su carácter doméstico lo hace invisible para el espacio público y en ocasiones pasan desapercibidas sus

necesidades y en la mayoría de las ocasiones no cuentan con los conocimientos y habilidades para brindar un cuidado adecuado a sus familiares que padecen algún trastorno psiquiátrico.^{68,69, 70}

Cabe mencionar que en la literatura se ha encontrado ciertas *características* que diferencian al CPI, como son: brindar el cuidado dentro del contexto familiar sin remuneración a cambio; en la mayoría de las familias sólo una de las personas asume la responsabilidad de los cuidados del enfermo; el cuidado es asumido por el género femenino, especialmente por las madres; casi el 100% de los CPI practican alguna religión; convertirse en CPI responde a las circunstancias propias de cada familia; los motivos para ser CPI están relacionados con el deber moral.^{68, 69, 70}

En este punto, es transcendental esclarecer dos conceptos básicos: *cuidado* y *carga*. El *cuidado* desde la visión clínica ha tenido como objetivo garantizar la vida del sujeto y mejorar su autonomía, enfocándose en el control de la enfermedad; sin embargo, desde la visión integral del individuo que permite entender el proceso salud-enfermedad como un proceso histórico, esta visión se ha modificado, permitiendo pasar de la visión de curar hacia cuidar, y de sanar hacia recuperarse; es decir, el cuidado se enfoca en brindar a las personas enfermas las herramientas necesarias para diseñar y ejecutar un proyecto de vida.⁶⁷

Por otro lado, el concepto de *carga* se visualiza como el conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros que pueden experimentar los miembros de la familia que cuidan de personas dependientes, conocido en la literatura como Síndrome del Cuidador Primario, el cual se caracteriza por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa, con repercusiones médicas, sociales, económicas y otras, que pueden llevar al CPI a tal grado de frustración que finalmente colapse, evidenciando su propia enfermedad.^{67, 68, 69}

En suma, en la literatura se visualizan tres aproximaciones al concepto de carga: a) síntomas y conductas del paciente como causas de la carga; b) tareas

adicionales de supervisión y estimulación derivadas de atender al paciente y c) potenciales estresores y consecuencias específicas del cuidado. Estos tres elementos mencionados se pueden dividir en dos grandes grupos: *carga objetiva* que se relaciona específicamente con las actividades del CPI; y *carga subjetiva* que se involucra con la percepción del CPI (ver Tabla 3).⁶⁷

Tabla 3. Dimensiones de carga

(Tabla basada en la información de Cruz Ortiz, 2012:157-163)⁶⁷

TIPO DE CARGA	DESCRIPCIÓN
Carga objetiva	Rutinas dentro de la casa: acuerdo recíproco en el reparto de tareas cotidianas
	Relaciones interpersonales entre los miembros de la familia y el paciente, donde pueden aparecer tensiones.
	Relaciones sociales, que pueden volverse tensas por el escaso tiempo disponible para convivir y el estigma que envuelve a los trastornos psiquiátricos.
	Disminución de tiempo libre y desarrollo profesional y personal del CPI, en virtud de que se asumen un mayor número de tareas para brindar cuidados.
	Deterioro en la posición económica de la familia debido al tratamiento o discapacidad para ejercer una actividad laboral por parte del paciente o del CPI.
	Cambio en la estructura y dinámica familiar debido al rol que ejerce el enfermo y el CPI.
Carga subjetiva	Deterioro físico y emocional del CPI debido al estrés crónico derivado del cuidado.
	Estrés subjetivo, que incluye un amplio rango de sentimientos y emociones de malestar como ambivalencia, rabia compasión, preocupación por el futuro y sentimientos de pérdida.

El visualizar los elementos señalados en la tabla anterior, permitirán como profesionales del área de la salud y de las ciencias sociales el diseño y ejecución de estrategias de intervención oportunas y eficaces, en virtud de que cuidar es una actividad compleja que requiere habilidades como la empatía, paciencia, dedicación y esfuerzo; en otras palabras, el cuidar permite la preservación de ser humano.⁷¹

Entonces, a partir de los párrafos anteriores se puede inferir que la *depresión* es uno de los problemas que más sufrimiento causa tanto a los pacientes como a las personas con las que se relaciona, y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica porque existen factores biopsicosociales que interrelacionados actúan como factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes del TDM.

Aunque se han realizado estudios para comprender el fenómeno de TDM, éstos se han enfocado a la parte biológica del trastorno y la relación que tiene éste con diversas variables como rendimiento académico o inclusive dinámica familiar, pero desde el punto de vista cuantitativo y desde la visión del paciente. Por tal motivo, es necesario conocer la otra cara del impacto del TDM en pacientes universitarios: la familia.

Si bien la visión de la familia en su conjunto es importante para contextualizar, esta investigación se centra en la figura del CPI, en virtud de que es el principal responsable en la toma de decisiones respecto al TDM y es una de las figuras invisibles tanto para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, como para la investigación del fenómeno.

En este sentido, para tener las herramientas teóricas que nos permitan brindar voz y analizar la información obtenida a través del trabajo de campo, en el capítulo siguiente se mencionarán los elementos básicos del marco teórico que fue el lente para el análisis de la información obtenida.

Existen diferentes propuestas para clasificar los abordajes teóricos que estudian la experiencia de enfermar: enfoques normativos, interpretativos y hermenéuticos. Para fines de esta investigación, se decidió optar por una propuesta teórica denominada MEEs, que forma parte de los modelos interpretativos porque permite brindar voz a las personas desde su propia historia, y se refiere a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento.

La *depresión* se percibe a través de los vínculos que establecen los actores involucrados: paciente, equipo de salud, CPI y sociedad; quienes generan roles y expectativas de cumplimiento mutuo, por lo cual la enfermedad puede tener una significación diferente de acuerdo a las condiciones biopsicosociales, culturales e inclusive espirituales de los involucrados.

Por último, a causa de que el CPI pertenece al sistema familiar, en el cual se gesta la percepción de la vida cotidiana, nos apoyaremos de elementos básicos de la Teoría General de los Sistemas (TGS) para entender la interacción que se suscita a partir de la aparición del TDM.

2.1. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ENFERMEDAD

Debido al mosaico sociocultural que caracteriza a México, evaluar la actitud que se tiene frente a una modificación en el proceso de salud-enfermedad es sumamente interesante, debido a que cada sector poblacional cuenta con conocimientos, creencias y costumbres relacionadas con el tema.

Uno de los temas emergentes de la sociología y antropología médicas contemporáneas es el estudio de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, encontrándose en la literatura tres enfoques que tratan de explicar cómo experimentan las personas el proceso de salud-enfermedad y qué factores sociales son relevantes en la formación de tales experiencias, denominados: normativo, interpretativo y hermenéutico.⁷²

Los estudios con el enfoque normativo resaltan el papel de los factores sociales en la percepción subjetiva, poniendo a la experiencia de los individuos como una variable interdependiente que puede explicarse por otros actores sociales. El enfoque interpretativo pretende realizar una exploración de la subjetividad libre de los individuos para comprender empáticamente la acción social, entendida la acción como una conducta humana a la que los seres humanos le brindan un significado o interpretación, enfoque en el que nos centraremos en párrafos posteriores a través de la explicación de los MEEs. Por último, en el enfoque hermenéutico, se destaca que en cada individuo convergen redes sociales que contribuyen a que las personas tengan de manera independiente su propia concepción del proceso salud-enfermedad; es decir, en este enfoque se une la visión normativa e interpretativa.⁷²

Con relación a la propuesta de MEEs, se sugiere que el sufrimiento puede ser analizado como un modo culturalmente particular de la experiencia social cotidiana, al explorar las vivencias que los sujetos tienen acerca de un determinado padecer y del sufrimiento que éste genera. En esta línea, se distinguen e integran los conceptos de enfermedad (*disease*); padecimiento (*illness*) y malestar (*sickness*). La *enfermedad* se define como la alteración morfológica y funcional de órganos y sistemas –aspecto biológico-; el *padecimiento* es la experiencia subjetiva de la enfermedad que incluye la experiencia y la percepción; y el *malestar*, es el resultado de la interacción entre los dos anteriores, enfatizando la importancia del padecer en su connotación sociocultural. Por tanto, esta propuesta de explicar la realidad surge a partir de *conocer, describir, compartir y entender las percepciones* que los pacientes, CPI y miembros de la sociedad, tienen respecto a un proceso de salud-enfermedad en particular, como es el caso del TDM en estudiantes de medicina.^{73, 74}

En este punto, debemos hacer un paréntesis para explicar que la *percepción* es un proceso biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y

adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia. Depende del orden, jerarquía y elaboración de categorías que los individuos utilizan para entender, comprender y significar los estímulos que recibe, conformándose de esta manera en referentes perceptuales que permiten que las experiencias cotidianas de las personas sean identificadas, reconocidas y transformadas en la realidad social. Este proceso de formación de estructuras perceptuales se realiza a través del proceso de socialización que tienen las personas con los diferentes grupos con los que interactúa de manera implícita y simbólica, en donde median pautas ideológicas y culturales de la sociedad -léase: familia, grupo de pares, escuela, trabajo, comunidad, sociedad-.⁷⁵

La *percepción* es la forma en que otorgamos atributos, cualidades a las cosas, animales, personas, eventos de la vida, etcétera, que están influenciadas (y tal vez determinados) por la edad, sexo, religión, actividad, status económico; es decir, de acuerdo a las cualidades y atributos que definen a un individuo como persona. Por lo tanto, la *percepción* es un *proceso individual en constante modificación por el espacio y tiempo que permite simbolizar o interpretar el mundo.*^{75, 76}

Dentro de las características que se identifican en el proceso de percepción se encuentran: a) es *selectivo*, porque está orientado a lo que socialmente está permitido percibir, razón por que varía de una cultura a otra; b) uno de sus componentes fundamentales es el *reconocimiento*, debido a que al reconocer las experiencias nuevas y pasadas el individuo brinda sentido y explicación al mundo en el que se desenvuelve; y c) es *parcial y cambiante*, según el momento histórico.^{75, 76} Por lo tanto, al percibir damos sentido a nuestro mundo y los fenómenos que suceden en él, entre los que se encuentran las enfermedades.

La propuesta teórica de los MEEs como una forma de sistematizar la percepción de la enfermedad, surge en los años 80's buscando describir las concepciones de los individuos involucrados en el proceso de salud-enfermedad, como es el caso del paciente y sus familiares, en relación a una condición patológica específica,

para lo cual se realizan preguntas que permitan a los involucrados brindar un significado a lo que están padeciendo y sufriendo (ver tabla 4).

Tabla 4. Preguntas para construir los MEEs

(Tabla basada en la información de Kleinman, 1998 y Vargas Huicochea, 2009)^{73,74}

Número	DESCRIPCIÓN
1	¿Cuál es el problema?
2	¿Qué tipo de enfermedad es?
3	¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad?
4	¿Cuáles son las consecuencias?
5	¿Qué pasará?
6	¿Cuál será el resultado a largo plazo?
7	¿Cuál será su curso?
8	¿Qué es lo que debo temer de esta situación?
9	¿Cuál es el tratamiento más apropiado?
10	¿Qué debo temer del tratamiento?
11	¿Por qué me afectó a mí?
12	¿Por qué ahora?
13	¿Cómo afecta mi cuerpo?

Los MEEs permiten a las personas entender la enfermedad que están padeciendo, y favorece que el profesional involucrado en la investigación, diagnóstico y tratamiento de ésta, determine la forma de intervención acorde a las condiciones individuales, biológicas, psicológicas, médicas, familiares, sociales, culturales, económicas y espirituales de los involucrados.^{72. 73. 74}

Se pueden distinguir tres diferentes percepciones de la enfermedad: a) *la enfermedad como destructiva*, en la que la inactividad se percibe como destrucción de uno mismo y de los lazos personales; b) *enfermedad como liberadora* ya sea para interrumpir las actividades cotidianas, o bien, ofrecer un espacio de reflexión respecto a la cotidianidad; y por último, c) *enfermedad como ocupación y aprendizaje*, donde la persona se enfoca en recuperar su salud y adaptarse a la enfermedad.⁷³

Estas concepciones se deben a la relación intersubjetiva que un individuo tiene con otras personas donde cada uno juega roles diferentes en un espacio y tiempo determinado. En la dimensión del tiempo existen con referencia al individuo, en su momento biográfico actual, *contemporáneos* con quienes puede establecer un intercambio de acción y reacción; *predecesores*, sobre los cuales no puede actuar,

pero cuyas acciones pasadas y los resultados de éstas, están abiertos a su interpretación y pueden influir sobre sus acciones; y *sucesores*, de quienes ninguna experiencia es posible, pero hacia los cuales puede orientar sus acciones. Con respecto a la dimensión espacial, entre sus *contemporáneos* hay algunos con quienes comparte una comunidad no solo temporal sino también espacial; este autor los denomina *asociados* -como es el caso del sistema familiar- con quienes establece una relación *cara a cara*.²

En suma, las experiencias y la percepción particular de la persona, dan forma a ese modelo explicativo que es una representación de la realidad que está viviendo el sujeto. Al formularse este MEE la persona busca obtener respuesta a circunstancias de la vida cotidiana con la finalidad de seleccionar conductas, acciones y reacciones ante la experiencia del proceso salud-enfermedad, situación que recuerda a los profesionales que no están solos para tratar de comprender activamente y dar significado a los problemas que enfrentan los pacientes, debido a que el propio paciente, su CPI y otros allegados pueden contribuir con su percepción, a elaborar una amplia gama de los factores precipitantes, perpetuantes y predisponentes que se involucran, por ejemplo en el TDM.

En esta línea, con la finalidad de tener un acercamiento a la percepción que tienen los CPI de estudiantes de medicina diagnosticados con TDM, conceptualizándolos como parte de un grupo primario: la familia, y en virtud de que, el ser humano es gregario por naturaleza, se mencionarán a continuación los elementos básicos de la TGS, con la finalidad de entender la interacción y percepción que tiene el sujeto de investigación.

2.2. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS Y FAMILIA

Entendiendo que el individuo le brinda significado a las experiencias cotidianas a través del proceso de socialización que realiza con otros seres humanos, la familia juega un papel importante porque es donde el ser humano aprende a reír, llorar, competir, obtener éxitos y enfrentar fracasos. En fin, es el macro espacio donde se conjuntan experiencias pasadas, presentes y futuras que determinan la situación

biográfica del individuo. Por esta razón, se conceptualizará al grupo primario del estudiante de medicina, del cual forma parte el CPI, como un sistema.²

La TGS surge con el objetivo primordial de ser una teoría integradora del conocimiento, su génesis pretendió generar principios básicos aplicables de forma interdisciplinaria, y con ello lograr un lenguaje común con fuerte rigor científico.

En la década de los 30's y siguiendo el *dictum aristotélico: el todo es más que la suma de sus partes*, surgió la TGS con la finalidad de formular una teoría que fuera utilizada en las ciencias humanas, naturales, políticas y sociales para comprender la dinámica del ser humano y sus entornos. El concepto base de la teoría es el de *sistema*, que se define como un conjunto de elementos en interacción y realiza una clasificación en sistema abiertos y cerrados, considerando que todos los sistemas vivientes son abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno.⁷⁷

La TGS manifiesta que las propiedades de los sistemas no pueden ser descritas significativamente en términos de elementos separados, porque la comprensión de los sistemas solamente se presenta cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus subsistemas (componentes) ya que entre ellos existe una relación, por lo que la modificación de un componente de manera directa influye en los demás.⁵²

Existen tres paradigmas para explicar la TGS. El primero es: *el todo es más que la suma de las partes*, frase que se puede concretizar en el concepto de totalidad que refleja que el sistema crea sus propias características, propiedades y objetivos. El segundo paradigma es la *relación concreta entre el todo y el entorno*, es decir, en su interacción con el entorno el sistema se modifica, cambia y adapta interiormente para que su forma de actuación se adecúe y responda convenientemente al entorno en el que se mueve; es decir, se recibe información del exterior e interior del sistema para lograr el proceso de adaptación. El último paradigma que completa la TGS es el de *autorreferencia de los sistemas*, definida como el proceso por el que los sistemas se diferencian internamente.⁷⁷

De acuerdo a los párrafos anteriores, el origen de la TGS está relacionado con la necesidad de una comprensión más profunda de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, por lo cual era necesario modificar la explicación de los sujetos de estudio mediante sus relaciones causales; en el campo de la conducta humana esta teoría ha sido muy atractiva a los profesionales cuyos intereses están dirigidos a la relación entre individuos o grupos de individuos, como los sociólogos, psicólogos sociales, trabajadores sociales, terapeutas de pareja y de familia.

Por ello dentro de las principales perspectivas teóricas en las organizaciones familiares se encuentra la TGS que considera al sistema familiar como un conjunto de situaciones emocionales, intelectuales, sentimentales, que se organizan en el curso del tiempo en varias generaciones mediante la constitución de *selfs* más o menos diferenciados, se considera como el espacio vital y privado del desarrollo humano. Para avalar su existencia y perduración requiere de la asistencia mutua y la red de relaciones de los miembros que están en contacto cara a cara, que la definen y la determinan, además cuenta con una estructura y propiedades que organizan la estabilidad y el cambio.^{52, 78, 79, 80}

De acuerdo a la TGS, la familia tiene como principal característica la *totalidad* porque este sistema no es sólo la suma de sus integrantes sino que todos ellos forman un conjunto donde la modificación de uno induce la del resto. La *equifinalidad* de este grupo primario está determinada por la naturaleza de la relación y no por sus condiciones iniciales, de manera tal, que distintas condiciones iniciales pueden llevar a un mismo estado del sistema, o bien, que las mismas condiciones iniciales puedan producir condiciones finales diferentes. La *homeostasis* tiene el propósito principal de mantener un equilibrio aceptable del comportamiento dentro de la familia; la idea es que la familia tiende a establecer un equilibrio o estabilidad en su comportamiento para resistir cualquier cambio que tienda a desestabilizar la interacción, sea generado tanto dentro como fuera de la familia.⁸¹

Para entender a cada sistema familiar se debe tener un análisis adecuado de cada caso, investigar la dinámica y estructura familiar, y posteriormente diseñar una estrategia de intervención adecuada. Para realizar un diagnóstico completo y sistémico se requieren tres pasos: a) *recolección de datos* que consiste en entrevistar al sistema familiar para obtener la información completa; b) *clasificación* mediante la identificación y ordenación de los datos claves obtenidos, y la c) *formulación diagnóstica final* que es el proceso de organización y análisis en forma resumida del caso. Los factores psicosociales constituyen una influencia determinante en el origen de muchas condiciones psiquiátricas, además de estar asociadas al curso que siguen los trastornos y su respuesta al tratamiento. Esto hace necesario que al diseñar la formulación diagnóstica de un sistema familiar se determine qué interacciones de éste son disfuncionales, ya sea porque dieron lugar a la formación de síntomas o porque promueven su mantenimiento.⁸²

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse, el sistema familiar pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio. Los cambios que se producen están dados por las propias características familiares, tales como el ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez familiar, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, así como los valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla.⁶²

Por último, es fundamental enfatizar que el modelo sistémico tiene una visión totalizadora de las relaciones que permite al trabajador social acercarse, analizar y comprender una serie de contradicciones familiares que es preciso investigar para

ayudar a que la propia familia busque alternativas de solución a la situación que le incomoda; además otra bondad de la TGS es que la visión integral y totalizadora se puede aplicar entrevistando y atendiendo a un integrante o a todo el sistema familiar.⁷⁹

Por tanto, la intervención como trabajador social en el ámbito familiar desde la visión de la TGS, involucra no sólo la exploración, análisis, evaluación y diagnóstico de las problemáticas y necesidades familiares; sino también la identificación y promoción de las capacidades, potencialidades, fortalezas y herramientas con las que cuenta el sistema familiar, aspecto que resulta fundamental para sustentar la búsqueda del bienestar individual y colectivo.

Por lo anteriormente expuesto, se considera relevante conocer el MEE que tiene el CPI de estudiantes de medicina que acuden a atención clínica al DPSM de la FM de la UNAM, que de acuerdo a la base de datos 2011-2012 del expediente electrónico “Health Centre”® es el principal diagnóstico que se presenta en la población atendida.⁸³

Con la finalidad de que el lector comprenda la utilización del marco teórico en la presente investigación, se presenta el siguiente esquema (ver figura 6):

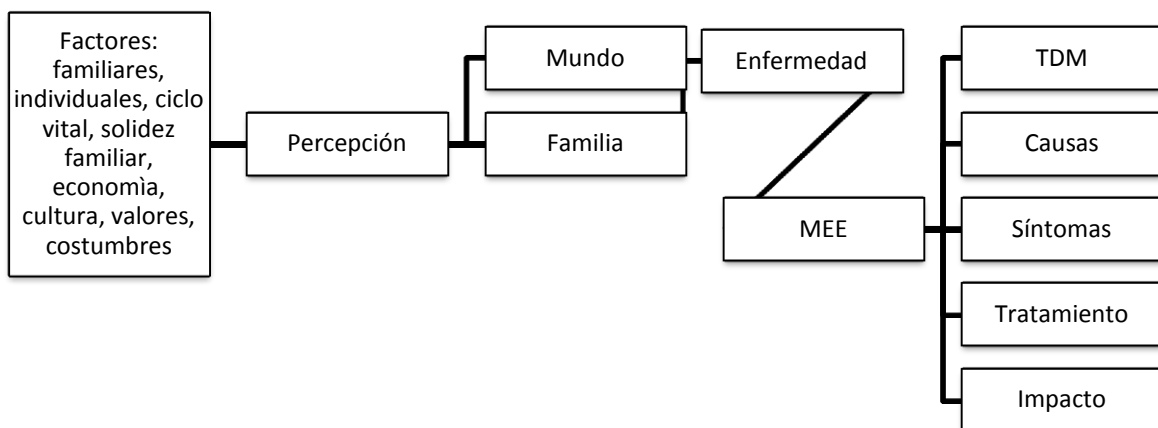


Figura 6. Aplicación marco teórico

CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDM, de acuerdo a la OMS, se convertirá para el 2020 en la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, por lo que es de suma importancia que las instituciones dirijan su mirada al conocimiento del fenómeno, con la intención de generar propuestas de prevención e intervención contextualizadas.¹

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.¹

En este marco, es necesario hacer una pausa y enfocarnos en los jóvenes universitarios que de acuerdo a la literatura, tienen una prevalencia de este trastorno del 25% al 56.2%, afectando de esta manera el cumplimiento del proyecto de vida que tienen para satisfacer en un futuro sus necesidades básicas instrumentales y específicamente humanas.²⁷⁻⁵¹

Diversos estudios señalan que existen factores biopsicosociales en los estudiantes universitarios que influyen en la aparición y permanencia del TDM, como son: enfermedades crónicas, pérdidas reales o imaginarias, problemas económicos, problemas en las relaciones familiares, interpersonales o de pareja, uso y abuso de sustancia legales e ilegales, ideas y conductas suicidas, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, deserción escolar, cambio de residencia, problemas de adaptación, entre otros.²⁵⁻³³

Específicamente en los estudiantes de medicina, se ha observado que se afecta su desarrollo cognitivo, reflejándose una disminución en su productividad escolar al no contar con las estrategias necesarias para solucionar sus problemas, situación que los enfrenta con su propia vulnerabilidad. Aunado a esto, tenemos que la carrera de medicina es altamente exigente, por lo que los jóvenes que padecen TDM presentan sentimientos de frustración y aislamiento, al no

comprender lo que está pasando y por lo tanto ni ellos ni sus familiares conocen la forma de hacerle frente.^{34, 35, 37, 41, 43, 44, 47, 49, 50}

La familia constituye el contexto social más importante donde un proceso de enfermedad se genera y en el mejor de los casos se resuelve, pero también puede agudizarse, de ahí que se conciba a este sistema como un espacio inhibitorio o favorecer en el proceso salud-enfermedad, en virtud de que las actitudes y decisiones que se tomen en la familia respecto, en este caso al TDM, facilitarán o interferirán en la etiología, duración del tratamiento y proceso de recuperación.

La presencia del TDM en un familiar pone en jaque los recursos personales, familiares e inclusive institucionales y comunitarios con los que cuenta el paciente y su sistema familiar, debido a que es una enfermedad que en la mayoría de los casos no se conceptualiza como tal, porque no hay una evidencia visible del dolor y sufrimiento que padece el paciente, además de que está matizada por un estigma que influye en que las personas no acudan a tratamiento, y vivan solos las consecuencias biopsicosociales que trae consigo. Convivir con un familiar diagnosticado con TDM es una experiencia difícil y compleja porque la mayoría de las veces se desconoce lo que está ocurriendo y de esta manera no se sabe cómo afrontarlo, generándose dificultades en las relaciones familiares y personales. Sin embargo, esta visión no es gratuita, debido a que tradicionalmente se ha atendido a las enfermedades físicas y mentales desde una visión biologicista, por lo que como trabajadores sociales se debe resaltar la importancia del aspecto social en la aparición y permanencia de éstas^{23, 59, 60, 84}

En este sentido, no debemos perder de vista que el TDM afecta también a los familiares de los pacientes, porque la familia es un sistema en el cual se produce una intensa, estrecha y duradera interacción entre sus miembros, convirtiéndose así en un núcleo generador de hábitos de autocuidado; por ello, en ausencia de oferta de servicios socio sanitarios, la familia tradicionalmente ha sido fuente de cuidado, específicamente el CPI, que es el encargado de ayudar a satisfacer las necesidades básicas instrumentales y afectivas del paciente. El CPI se convierte en una figura central en el proceso salud-enfermedad, en virtud de que: garantiza

la atención continua del paciente, de la cual se siente responsable, demuestra solidaridad familiar y experimenta sentimientos ambivalentes respecto a la tarea.⁶⁶⁻

71

Si bien se han realizado diversos estudios donde se investiga las consecuencias del TDM a nivel familiar, hasta el momento se ha dejado de lado la vivencia que tienen los CPI de estudiantes universitarios diagnosticados con este trastorno, por lo que, dar voz y hacer evidente lo que al parecer ha sido invisible y oculto con respecto a la experiencia y perspectiva de estos personajes, puede arrojar información valiosa que permita, en un futuro, desarrollar estrategias de intervención contextualizadas.

CAPÍTULO IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el Modelo Explicativo que genera el Cuidador Primario Informal de los estudiantes de medicina diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor, que acuden a atención clínica en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM?

CAPÍTULO V. JUSTIFICACIÓN

Cualquier tipo de familia está conformada por seres humanos que comparten una historia y visión del mundo a través de la interacción que tienen día con día; sin embargo, se destaca una persona que es la responsable de cubrir las necesidades de los integrantes, principalmente cuando presentan una enfermedad como la depresión, convirtiéndose de esta manera, en el responsable del tratamiento de su familiar, lo que le lleva a experimentar un sinnúmero de sentimientos que es necesario conocer y comprender para brindarles un apoyo profesional.

Por tal motivo, la importancia de este proyecto radica en conocer la percepción que tienen los CPI de estudiantes de medicina diagnosticados con TDM, debido a que por primera vez se hablará de esta figura que se tiene generalmente olvidada por el equipo de salud, a pesar de ser, tal vez el único familiar, que apoyará (física, moral, emocional y económicamente) al estudiante en su reincorporación al mundo escolar.

Por ello, el hecho de analizar el MEE de los CPI, tiene como finalidad visibilizar esta figura y conformar un equipo que permita hacer frente al costo biopsicosocial que encierran en sí misma la depresión. En otras palabras, con esta investigación se pretende sentar las bases teóricas con relación a los significados que brindan los CPI a las causas, síntomas, consecuencias, tratamiento e impacto de esta enfermedad, información indispensable para la generación de programas preventivos y de intervención.

6.1 OBJETIVOS

6.1.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción (Modelo Explicativo) de la depresión, en el Cuidador Primario Informal de los estudiantes de medicina diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor, que acuden al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, con la finalidad de generar información, que, en un momento dado, pueda ser de utilidad para proponer estrategias de intervención contextualizadas.

6.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analizar la estructura y dinámica familiar de las CPI, a partir de lo que el entrevistado relate.
- b) Analizar la percepción que tiene el CPI con respecto al concepto, síntomas, causas, tratamiento e impacto del TDM.
- c) Analizar la forma en que percibe el entrevistado su vivencia como CPI de estudiante de medicina diagnosticados con TDM

6.2 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO

La finalidad de este estudio fue conocer de viva voz la percepción que tiene el CPI en relación al TDM, el abordaje que se eligió para esta investigación fue el cualitativo. La metodología cualitativa considera que el conocimiento es el resultado de una dialéctica entre el sujeto (sus intereses, valores, creencias, etcétera) y el objeto de estudio, el cual especialmente en el área de las ciencias humanas, es visto y evaluado por el alto nivel de complejidad estructural o sistémica, producida por el conjunto de variables biopsicosociales que lo constituyen.⁸⁵

En otras palabras se refiere en su más amplio sentido, a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observada, considerándose como una forma de percibir y

encarar el mundo empírico, lo cual nos permite constatar que es la el abordaje acorde para analizar el MEE que experimenta el CPI con relación a la conceptualización, causas y síntomas del TDM, así como el impacto que tiene esta enfermedad. En este sentido, cabe mencionar que este abordaje metodológico ha sido reconocido en los últimos años en la investigación en ciencias de la salud como fuente irremplazable de adquisición de conocimiento de la experiencia cotidiana del proceso de salud- enfermedad en voz de los sujetos.^{86,}

87

El método utilizado para abordar el procedimiento de recolección de información y análisis de la misma fue el fenomenológico, porque entiende al mundo como algo no acabado, en constante movimiento en tanto los sujetos que lo viven son capaces de modificarlo y darle significado. Este método tiene como punto central entender el significado que tienen los eventos para las personas que son estudiadas, en caso de esta investigación, comprender el MEE que viven los CPI de estudiantes de medicina diagnosticados con TDM.^{88, 89}

El método fenomenológico se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia y busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones; es decir, permite estudiar la experiencia vital del mundo cotidiano a partir de las experiencias, percepciones y recuerdos al que el individuo puede tener acceso en un momento dado.^{88, 89}

6.2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Desde la perspectiva cualitativa en un proceso de investigación, se pretende comprender la realidad social desde una visión histórica, considerando la lógica y el sentir de sus protagonistas, por lo que es fundamental que el científico social se acerque al sujeto que la vive cotidianamente, el cual está involucrado en un contexto, espacio y tiempo determinado.⁹⁰

En este sentido, para obtener información de primera fuente que permitiera conocer la percepción del CPI respecto al tema de estudio y analizar el MEE que

construye en relación a él, se utilizaron tres técnicas: *entrevista focalizada*, *observación participante* y *visita domiciliaria*.

La *entrevista* en la investigación cualitativa, es una técnica que tiene gran sintonía epistemológica con este enfoque debido a que adopta un diálogo coloquial. A medida que avanza el encuentro y *rapport* entre el investigador y el sujeto de estudio, se adquiere información significativa porque se tienen de primera fuente impresiones de lo que opina el sujeto de estudio respecto a un tema en particular, por lo cual la atención debe enfocarse en los movimientos, audición y comunicación no verbal de los involucrados. La entrevista focalizada integra las características de profundidad y flexibilidad para acercarnos a la percepción de los CPI de estudiantes universitarios que acuden al DPSM de la UNAM.⁸⁵

A causa de que no se tenía ningún conocimiento respecto a la percepción y construcción del MEE de los CPI de estudiantes de medicina, se organizó un grupo focal con el propósito de obtener información que permitiera desarrollar una guía de entrevista, situación que se describe con mayor detalle en el apartado de procedimiento metodológico.

Con relación a la *guía de entrevista*, se debe considerar que no es un protocolo estructurado, se trata de una lista de temas detonantes que deben cubrirse con cada informante con la intención de conocer las experiencias, significados y percepciones que tiene respecto al tema de estudio. Cabe señalar que esta guía puede ser modificada conforme se realizan las entrevistas con los informantes clave.⁸⁶

Otra técnica que se utilizó y es básica para conocer de primera fuente la interacción entre el CPI, el paciente y su contexto próximo fue la *visita domiciliaria* que es un acto profesional que define a los trabajadores sociales, en virtud de que acudir al espacio donde se desenvuelven los CPI, ofrece un marco para percibir de manera directa las carencias, conflictos, necesidades, recursos y potencialidades de los sujetos de investigación. Además en la vivienda, la familia desarrolla gran parte de su vida y entreteje relaciones internas que se reflejan en

el espacio físico, y relaciones externas que se determinan a través del contexto social, político y cultural donde se encuentra ubicada. Es decir, es el espacio físico donde cada ser humano construye la percepción de las experiencias cotidianas a partir de las condiciones biológicas, psicológicas, familiares, económicas y culturales que la envuelven.⁹¹

La última técnica que se manejó en esta investigación fue la *observación participante* con la finalidad de que se permitiera observar la congruencia y coherencia de lo mencionado durante la entrevista focalizada. Esta técnica permite revisar expresiones no verbales de sentimientos y comprender cómo los participantes se comunican; también facilita verificar definiciones de los términos que los participantes usan en entrevistas, observar eventos que los informantes no pueden o no quieren compartir porque el hacerlo sería impropio, descortés o insensible. En esta investigación se utilizó con el fin de brindar validez al estudio, porque permitió a la investigadora tener una mejor comprensión del contexto y el fenómeno en estudio.⁹²

6.2.2 PROPUESTA DE ANÁLISIS

El propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tiene los fenómenos descritos para los sujetos de estudio, por lo cual la propuesta de análisis de la información obtenida que se utilizó en esta investigación permitió analizar el contenido de las entrevistas focalizadas, las cuales fueron audio grabadas con autorización previa de los involucrados. La técnica de análisis que se utilizó recibe el nombre de *categorización de significados*, lo que permitió analizar la información adquirida a pesar de ser textos vastos.^{93, 94}

Para analizar el material derivado de la entrevista con los CPI, se obtuvieron dos registros: un registro en audio y un registro en papel. El registro en audio se obtuvo a través del archivo almacenado en una grabadora tipo reportero, el cual

se descargó en la computadora personal; mientras que el registro en papel se realizó a través de la transcripción de la información en un procesador de textos.

Cada entrevista realizada al CPI se identificó con una clave conformada de la siguiente manera: nombre de la maestría, siglas del trastorno investigado, número de CPI y número de entrevista (figura 7)

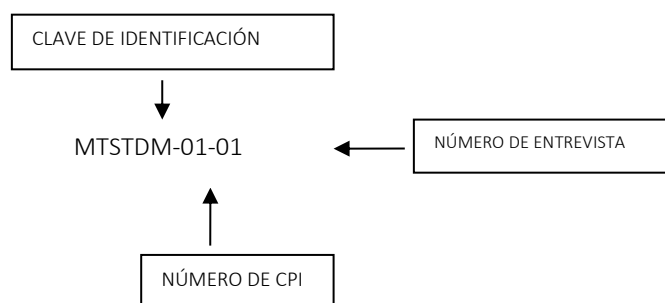


Figura 7 Simbología de identificación

En el registro en audio se anotó solamente la clave de identificación, mientras que en el registro escrito se anotó la clave de identificación, fecha de realización de la entrevista, lugar de la entrevista, duración de la sesión y opiniones del entrevistador.

Teniendo la base del registro de audio e impreso de cada CPI, se procedió a realizar el análisis de la información, para ello de acuerdo al método de análisis seleccionado, el primer paso fue identificar la categoría, escribir el objetivo y los elementos que la conforman, se puede observar un ejemplo en la figura 8:

Categoría 2.	Objetivo:	Subcategorías
Percepción del TDM	Investigar la percepción que el CPI tiene alrededor del TDM y la forma en que ha estructurado su MEEs	Parentesco del CPI con el paciente
		Conceptualización del TDM
		Causas
		Síntomas
		Tratamiento
		Impacto

Figura 8 Construcción de categoría

Posteriormente a cada categoría se le asignó un color con la finalidad de subrayar en el registro escrito, la información que brindaba cada CPI que se relacionara con dicha categoría. A continuación se realizó una segunda lectura para verificar que se hubiera identificado la información pertinente o bien, agregar otra subcategoría que se había pasado por alto. Una vez revisado cada registro que se tuvo por CPI, se construyó otra base de datos, pero ahora por categoría, con el objetivo de analizar la información de manera integral, tal como se observan en las tablas 5 y 6

Tabla 5. Base por categoría de CPI

Tabla basada en la información obtenida en campo. Robelo, 2014.

MTSTDM-01	
CATEGORÍA PERCEPCIÓN TDM	TESTIMONIOS
Desconocimiento	G: Pues al principio, antes de venir con ustedes yo no tenía ni idea
Ciclo vital.	G: Pues cuando vine con ustedes supe que era una enfermedad, porque yo la seguía etiquetando como flojera o cuestiones propias de su edad G: Pues yo decía que era flojera, era floja. era este pues era grosera, siempre era la etiqueta que le poníamos
TDM	G: Si ya la entiendo así que es una enfermedad que se tiene que controlar y que la verdad es una enfermedad que si me da miedo por lo que oigo que se pueden llegar a hacer daño, cuando dicen mayor pues si se me hace una cosa más dura más complicada y me asustó

Tabla 6. Concentrado por categoría

Tabla basada en la información obtenida en campo. Robelo, 2014.

CATEGORÍA 2. MEEs del TDM							
Definición propia	A partir de qué se construye la definición propia	Percepción o atribución de las causas	Percepción de los síntomas depresivos en sus familiares	Miedos y temores de la depresión en sus familiares	Impacto (esferas funcionales impactadas en sus familiares por la depresión)	Preferencias de tratamiento (trayectorias de atención)	Otros aspectos
Pues al principio, antes de venir con ustedes yo no tenía ni idea	Siempre le digo que Dios no le puede mandar cargas que uno no pueda soportar	Cuando llegamos acá, hace seis años, este, tomamos la decisión de venirnos de San Vicente	Pues yo decía que era flojera, era floja. era este pues era grosera, siempre era la etiqueta que le	Si ya la entiendo así que es una enfermedad que se tiene que controlar y que la verdad es una enfermedad	Dejó de hacer sus actividades, se iba al ajedrez y ahí se distraía y acá no hace nada, es muy diferente,	Le decíamos busca ayuda, busca hacer ejercicio o alguna actividad, necesitas salir, no puedes estar	

		porque vivíamos allá en el Edo. De México para acá, fue un cambio total para ella	poníamos comencé a ver en ella mucha tristeza y mucha apatía Porque no se ponía activa, porque la inactividad la veía todos los días y luego enojo, mucho enojo	que si me da miedo por lo que oigo que se pueden llegar a hacer daño, cuando dicen mayor pues si se me hace una cosa más dura más complicada y me asustó porque puede llegar a morirse	cuando estaba allá salía a jugar con su amigos era muy amiguera, siempre estaba conviviendo	encerrada, pero no, no quiere ...	
--	--	---	---	--	---	-----------------------------------	--

6.2.3 UNIVERSO DE INVESTIGACIÓN: PARTICIPANTES

Con la finalidad de brindar voz a los sujetos de investigación se utilizó un *muestreo teórico*, conocido también como muestreo intencionado, en el cual la muestra se detiene en el momento en que el investigador considere que se llegó al punto de saturación por la cantidad de información investigada, y ningún otro participante brinde información nueva para analizar las categorías de interés.⁹⁵

Como ya se mencionó en los antecedentes, enfocarse en la figura del CPI de estudiantes universitarios de la carrera de medicina es relevante porque es un tema relativamente nuevo que permite, a través del análisis de su percepción conocer otra visión del TDM, contribuyendo así al establecimiento de bases teóricas. En este tenor, los *criterios de inclusión* de los participantes para esta investigación fueron:

- CPI ubicados y referidos por el propio paciente.
- Integrantes del sistema familiar que supieran leer y escribir.
- Personas que no presentarán deficiencia física y/o mental aparente que pudieran interferir en el desarrollo de la investigación

- Individuos que aceptaran participar voluntariamente en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.

6.2.4 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Las fases para desarrollar la investigación fueron: construcción de la guía de entrevista, trabajo de campo y sistematización de la información. A continuación se describe cada fase.

Fase 1. Construcción de la guía de entrevista

Para iniciar con la investigación, se solicitó al responsable del Centro de Información y Comunicación del DPSM un listado de estudiantes de medicina que acudieran al Programa de Salud Mental diagnosticados con TDM; a través del expediente electrónico Health Centre ® se obtuvo un listado de 80 pacientes.

Al ser la primera investigación de esta naturaleza en el DPSM, con la intención de contar con elementos objetivos para diseñar la guía de entrevista que permitiría conocer el MEE de los CPI, se conformó un grupo focal, que es una técnica en donde se reúnen personas para hablar respecto a sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas y libremente fluyentes. Para el trabajo con el grupo se utilizaron los siguientes temas detonantes (ver tabla 7).⁸⁶

Tabla 7. Guía grupo focal con CPI

Tabla basada en con la información obtenida en campo. Robelo, 2014.

Número	CATEGORÍA
1	Definición y conceptualización de la depresión
2	Emociones y sentimientos generados ante su presencia
3	Síntomas y consecuencias identificados
4	Impacto familiar
5	Expectativas de tratamiento
6	Vivencia personal como CPI

Para conformar el grupo focal, durante el mes de febrero del 2013 se realizaron llamadas a los estudiantes invitándolos a una sesión informativa donde se les explicó la finalidad de la investigación, logrando contactar a 32 pacientes. De estos pacientes aceptaron acudir a la sesión informativa 14; sin embargo, el día de la

sesión de grupo focal acudieron solamente 7 personas quienes participaron en el grupo, brindando información que se utilizó para el desarrollo de la guía de entrevista.

En la llamada telefónica se explicó al estudiante el objetivo de la investigación con la meta de obtener su autorización para realizar la localización del familiar que él asignó como su CPI, solicitándole el número telefónico fijo y móvil del familiar para realizar el contacto. Una vez obtenida la autorización se procedió a realizar la localización vía telefónica del CPI, a quien se le explicó la finalidad de conformar un grupo focal, el cual permitió el primer acercamiento al fenómeno; posteriormente se transcribió y analizó la información obtenida, con la intención de obtener una guía de entrevista.

Como parte del encuadre, se les indicó a los estudiantes la importancia de que sus familiares participaran en la investigación, aceptando los 7 integrantes del grupo proporcionar información de contacto de su CPI. Se contactó a los 7 familiares de los estudiantes, aceptando solamente 5 madres de familia acudir a la sesión de grupo focal.

Una vez diseñada la guía de entrevista, se piloteó con la intención de que la investigadora adquiriera habilidades y destrezas en la aplicación de la entrevista focal, así como valorar si las preguntas realizadas permitían obtener la información que diera respuesta a la pregunta de investigación.

Después de redactar la guía de entrevista, se concertó una cita con tres estudiantes de medicina diagnosticados con TDM referidos por el médico tratante, con la finalidad de explicarles el objetivo de la investigación y obtener de esa forma su autorización para localizar al CPI que ellos eligieron. Se realizaron tres visitas domiciliarias de pilotaje, las cuales se audio grabaron y sistematizaron para evaluar la guía de entrevista.

Fase 2. Trabajo de campo.

De acuerdo al marco teórico seleccionado para esta investigación, y con base a la información obtenida del grupo focal, se diseñó la guía de entrevista definitiva que se puede observar en el anexo 1. De forma general, la guía contiene tres categorías: *a) percepción de la estructura y dinámica familiar; b) percepción del TDM y c) percepción de sí mismo como CPI.*

Una vez redactada, se procedió a hablar con los médicos psiquiatras adscritos al Programa de Salud Mental del DPSM, con el plan de obtener la muestra para realizar el trabajo de campo. A través del expediente electrónico Health Centre ® se obtuvieron los datos generales de los pacientes. Se contactaron un total de siete estudiantes con el diagnóstico de interés pero solo cuatro de ellos aceptaron que su CPI participara en la investigación.

Ya firmado el consentimiento informado por parte de los pacientes, se procedió a localizar a los CPI para explicarles la finalidad del estudio y se concertó una cita en el horario que ellos estuvieran en su domicilio. Por medio del expediente electrónico (y previo conocimiento de los estudiantes) se obtuvo la dirección completa, la cual se confirmó con el CPI en la llamada telefónica.

En el domicilio, se explicó a cada CPI el procedimiento que se llevaría a cabo durante la entrevista, pidiendo su autorización a través de su firma en el consentimiento informado previamente autorizado por su hijo o hija. Cabe señalar que, se realizaron las visitas domiciliarias necesarias para la obtención de la información que permitió responder la pregunta de esta investigación. Aproximadamente se realizaron dos entrevistas por cada CPI con duración de 60 a 90 minutos por ocasión. Además, con base en la guía de observación (anexo 2) realizada para la visita domiciliaria, se tomaron las notas correspondientes y se fotografió el escenario, siempre con la autorización del entrevistado.

Fase 3. Sistematización de la información

Con la información obtenida en formato digital se procedió a transcribirla en un procesador de textos y se organizó de tal manera que se tuvieran los registros señalados en el apartado 3.3.2 Propuesta de análisis.

Los relatos de los CPI de estudiantes de medicina diagnosticados con TDM, permitieron realizar un análisis e interpretación de los resultados, los cuales se pueden observar a detalle en el Capítulo VII de este trabajo.

Con el propósito de que el procedimiento metodológico se exponga de manera clara, a continuación se representa de manera gráfica cada fase que lo conformó (ver figura 9, 10 y 11).

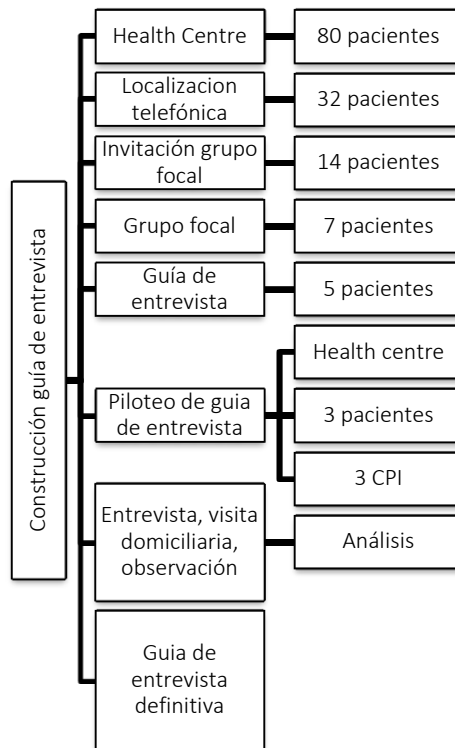


Figura 9: Proceso metodológico: Fase 1. Construcción de guía de entrevista

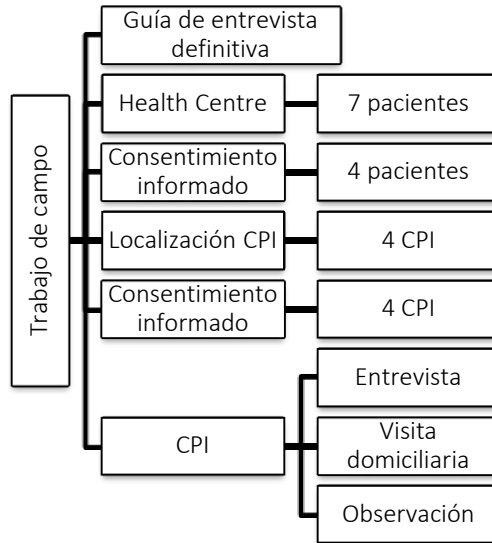


Figura 10: Proceso metodológico: Fase 2. Trabajo de campo

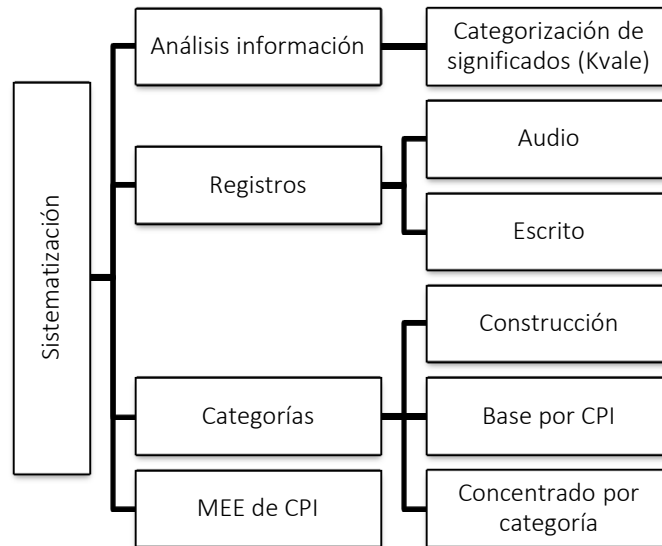


Figura 11: Proceso metodológico: Fase 3. Sistematización de información

6.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con la intención de cumplir con lo estipulado por la Comisión de Investigaciones y Ética de la División de Investigación de la Facultad de Medicina, en donde se otorgó el registro No. 147-2011 el 17 de Enero del 2012 a la presente investigación, se diseñó una carta de consentimiento informado (ver anexos 3 y 4).

Al momento de tener el primer contacto con los participantes desde la conformación del grupo focal, el pilotaje de la guía de entrevista y las entrevistas con CPI en su domicilio, se explicó detalladamente a cada uno el objetivo de la investigación así como el procedimiento que se llevaría a cabo para la obtención de la información, siempre dejando claro que en el momento en que ellos sintieran la necesidad de recibir una atención especializada debido a que los recuerdos generados a partir de la técnica de entrevista les pudiera causar algún malestar, tanto la asesora de tesis como la investigadora, estarían dispuestas a brindar la atención necesaria o canalizar al CPI a la institución correspondiente.

CAPÍTULO VII. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este apartado se observarán los datos obtenidos durante el trabajo de campo de acuerdo al orden de la guía de entrevista elaborada para tal fin. Con fines de confidencialidad para identificar a cada CPI, se anotará la palabra *Señora* (dado que todas las participantes son mujeres) seguida de la inicial de su primer nombre.

Con la intención de llevar un orden lógico, este apartado está dividido en categorías obtenidas a través del trabajo de campo y analizadas bajo el lente del marco teórico seleccionado, las cuales brinda voz a las historias compartidas por cada una de ellas.

Recordando que los MEEs permiten conocer, describir, compartir y entender la percepción que tienen las personas respecto a una enfermedad en específico, en este caso del TDM, se presenta a continuación una propuesta construida con cada uno de los significados que las CPI de estudiantes de medicina manifestaron (ver figura 12).

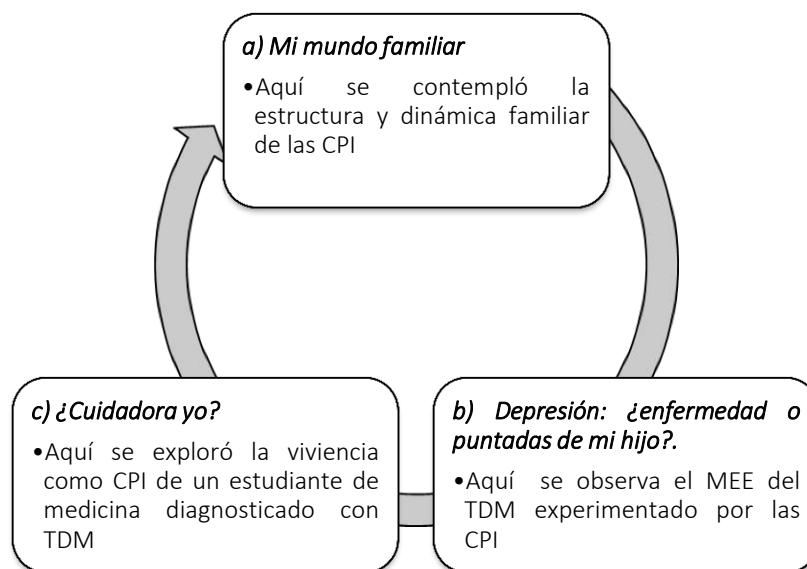


Figura 12: Categorías de análisis

Para poder comprender el análisis de la información obtenida, primeramente se realizará una *descripción de las CPI*, con la intención de comenzar a contextualizar al lector. En este tenor, primero se presenta un perfil sociodemográfico de las CPI, sin embargo con el afán de rescatar a cada una también se expone en una redacción, las características más importantes de la persona (ver tabla 8).

Tabla 8. Perfil sociodemográfico de las CPI

Tabla basada en la información obtenida en campo. Robelo, 2014.

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
Señora G	60 años	Secundaria completa	Hogar Impresora
Señora M	37 años	Carrera técnica de mecánica automotriz sin bachillerato	Hogar Ventas
Señora A	42 años	Secundaria completa	Hogar Ventas
Señora L	52 años	Carrera técnica de secretariado sin bachillerato	Hogar

Señora G: Se trata de una mujer, originaria del estado de Hidalgo, casada en el momento de la entrevista por el civil y la religión católica. Aparte de ser la única persona dedicada a realizar las labores domésticas, atendía los compromisos laborales contraídos en la imprenta que instaló su esposo hace 15 años, los cuales permitían cubrir las necesidades de alimentación, vestido y sustento de los integrantes de esa familia. Se describió como una persona *luchona y comprometida con el bienestar de sus hijas*.

Señora M: Es una mujer, originaria del Distrito Federal, casada por el civil y la religión durante la primera entrevista de acercamiento. Cabe señalar que a pesar de haber concluido una carrera técnica nunca la ejerció en virtud de que conformó su familia de procreación. Durante la entrevista refirió que se dedicaba al hogar y a atender un local, dentro del mercado de la colonia, que tenía el giro de regalos y papelería. Se presentó como una persona *que está rodeada de amor y con deseos de brindarle a su familia un estilo de vida diferente al suyo*.

Señora A: Es una mujer originaria del Estado de México, separada hace 03 años. Actualmente es jefa de familia, mencionó que se dedicaba a la venta y compra de ropa exterior con amistades y clientes en diversos mercados del Distrito Federal,

indicando que esta actividad laboral a parte de permitirle cubrir las necesidades de casa, vestido, sustento, salud y educación de sus hijos, le facilitaba convivir y estar al pendiente de ellos. Se refirió a sí misma como una persona *valiente y capaz de resolver cualquier dificultad*.

Señora L: Es una mujer dedicada al hogar desde el momento en que conformó su familia de procreación, a pesar de que realizó una carrera corta de secretariado. Es originaria del estado de Veracruz. Se mostró como una persona *sensible y entregada a su familia*.

En resumen, se trata de mujeres madres de familia con una edad que oscilaba al momento de la entrevista, entre los 37 y los 60 años de edad. Según comentaron, todas ellas fueron elegidas como CPI por sus hijos porque han sido las figuras afectivas más cercanas, con las cuales los pacientes pueden compartir las emociones y sucesos específicos del TDM.

Cabe señalar que, tres de las entrevistadas, además de ser madres, también ejercían el rol de jefa de familia y únicas proveedoras económicas. Con relación a la escolaridad, tres de las cuidadoras contaban con escolaridad básica y una de ellas con educación media superior completa; tres de las participantes eran originarias de diferentes estados de la República.

Con respecto al lugar de residencia, espacio donde se realizó el trabajo de campo, tres CPI habitaban en colonias populares del Distrito Federal y una de ellas vivía en el Estado de México.

Con la intención de conocer la esencia de las CPI de estudiantes de medicina que acuden a atención clínica al DPSM por el diagnóstico de TDM, se describirá y analizará, en la primera categoría, la información obtenida con relación a la estructura y dinámica familiar del grupo en el que se encuentra inmersa la entrevistada.

La percepción al ser un proceso biocultural permite simbolizar e interpretar el mundo cotidiano, por tanto debido a que las cuatro CPI se definen como *madres de familias preocupadas por el bienestar de los suyos*, se denominó a la primera categoría: *Mi mundo familiar*

Categoría 1. Mi mundo familiar.





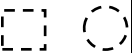



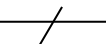



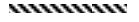
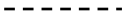

Objetivo: Conocer, desde la percepción de las CPI, la estructura y dinámica de su familia de procreación; así como las modificaciones en su vivencia cotidiana a partir de la presencia del TDM

Para obtener la información de esta categoría, durante la primera entrevista con las CPI se realizó un genograma para tener una visión gráfica de cada sistema familiar. El genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra la información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones; sin embargo, para fines de la presente investigación sólo nos centramos en la familia de procreación de las CPI. No obstante, el diseño de los mismos se llevó a cabo utilizando los tres niveles que se contemplan para su elaboración: *a) trazado de la estructura familiar, b) registro de la información sobre la familia y c) delineado de las relaciones familiares.*⁹⁶

Al no existir una simbología específica para la elaboración del genograma, en la tabla No. 9 se describe la utilizada en esta investigación.

Tabla 9. Simbología Genograma

Tabla basada en la información de Mc Goldrick (1985)

SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Hombre		Mujer		CPI
	Paciente identificado (PI)		Paciente detectado (PD)		Cohabitan
	Unión civil o religiosa		Unión civil y religiosa		Separación
	Muy unidos o fusionados		Fusionados y conflictivos		Pobre o conflictivo
	Unidos		Distante		Apartados o separados

A continuación se describirán a partir de la percepción de las CPI, la estructura y dinámica en la cual se encontraban involucradas durante el momento de la investigación, debido a que no se debe pasar por alto, que el ser humano es complejo y dinámico por naturaleza. Asimismo, gracias a que el MEE señala que los conocimientos, creencias y costumbres de las personas influyen en la percepción que construyen de su mundo cotidiano, se describirá de forma general del espacio físico donde se encontraban habitando las CPI.

Señora G.

En el momento de elaborar el genograma (figura 13), la familia de procreación de la señora G estaba conformada por ambos padres quienes procrearon a cuatro mujeres, siendo la paciente la menor de las hijas y fue descrita por la CPI como *“[...] ella significa mucho para mí, para nosotros, porque vino a llenar la ausencia de sus hermanas... era y hasta la fecha es, mi compañerita [...]”*

Se trataba de una familia nuclear que estaba cursando la etapa del ciclo vital de hijos adolescentes y adultos, en donde llama la atención que desde la percepción de la *señora*, la relación que tanto ella como su esposo tienen hacia su hija era cordial, sintiéndose unidos hacia ella a pesar del alejamiento de la paciente; circunstancia que no ocurría por parte de la paciente hacia sus padres, con quienes se mostraba distante y en ocasiones agresiva.⁵³

Cabe señalar que el esposo de la CPI padecía diabetes mellitus, situación que desde su percepción, afectó de manera significativa la relación que tenía la paciente con su padre, provocando discusiones constante entre ellos ya que la paciente lo culpaba de no haber brindado la atención y cuidado necesario a su enfermedad, razón por la cual la entrevistada definió la relación entre ellos como conflictiva, favoreciendo que la paciente se distanciara también de ella, provocando la presencia de sentimientos de tristeza y malestar en todos los integrantes.

Con relación a los roles establecidos por esta familia, la *señora G* era la encargada de cubrir las necesidades básicas instrumentales y afectivas de los integrantes, a decir de ella, presentaba una carga excesiva en las actividades que tenía que realizar debido a que además de ser la CPI de la paciente también lo era de su esposo, quien en ese entonces recibía sesiones de diálisis en su domicilio. Por su parte la paciente solo estaba enfocada en cumplir con su rol de estudiante, sin involucrarse en el cuidado de su padre o limpieza del hogar.

La actividad que generalmente realizaban como familia era compartir los alimentos, circunstancia que les permitía organizar reuniones y hablar respecto al proyecto de vida de cada uno. No obstante, desde la percepción de la CPI, a partir de que la paciente fue diagnosticada con TDM, esta actividad se afectó “[...] *yo quería tener una familia para convivir y estar siempre acompañada pero con la enfermedad de mi hija no es así, porque a veces no sé ni cómo hablarle y ella simplemente se aleja cada vez más de nosotros [...]*”.

Otras de las actividades que se vio permeada en la interacción cotidiana de este sistema a partir de la presencia del diagnóstico, fue la convivencia en actividades recreativas “[...] *antes teníamos actividades de jugar un rato domino y platicar, o nos íbamos al parque o algún lugar a pasear en la primera oportunidad que teníamos, y eso se ha esfumado [...]*”

Por último, con relación al control de conducta que desde la percepción de la entrevistada se manejaba en este sistema familiar, se caracterizaba por ser rígido “[...] *siempre he sido muy exigente en cuanto a las reglas que le pongo a mi hija, tiene hora de llegada y si se tarda le marco para saber dónde está y cuánto tiempo se demorará, sé que ya no debe ser así, pero cómo le hago [...]*”

La *señora G* y su familia habitaban hace seis años un departamento conformado por dos habitaciones, sala-comedor, cocina y una pequeña zotehuela, espacio que les permitía a los integrantes gozar de privacidad para su óptimo desarrollo (figura 14). La vivienda estaba ubicada en una colonia popular de la Delegación Venustiano Carranza (figura 15), que a decir de la *señora G*, era de su agrado

porque cuando emigró del Estado de Hidalgo, llegó a vivir a ese espacio y se sentía perteneciente a él.

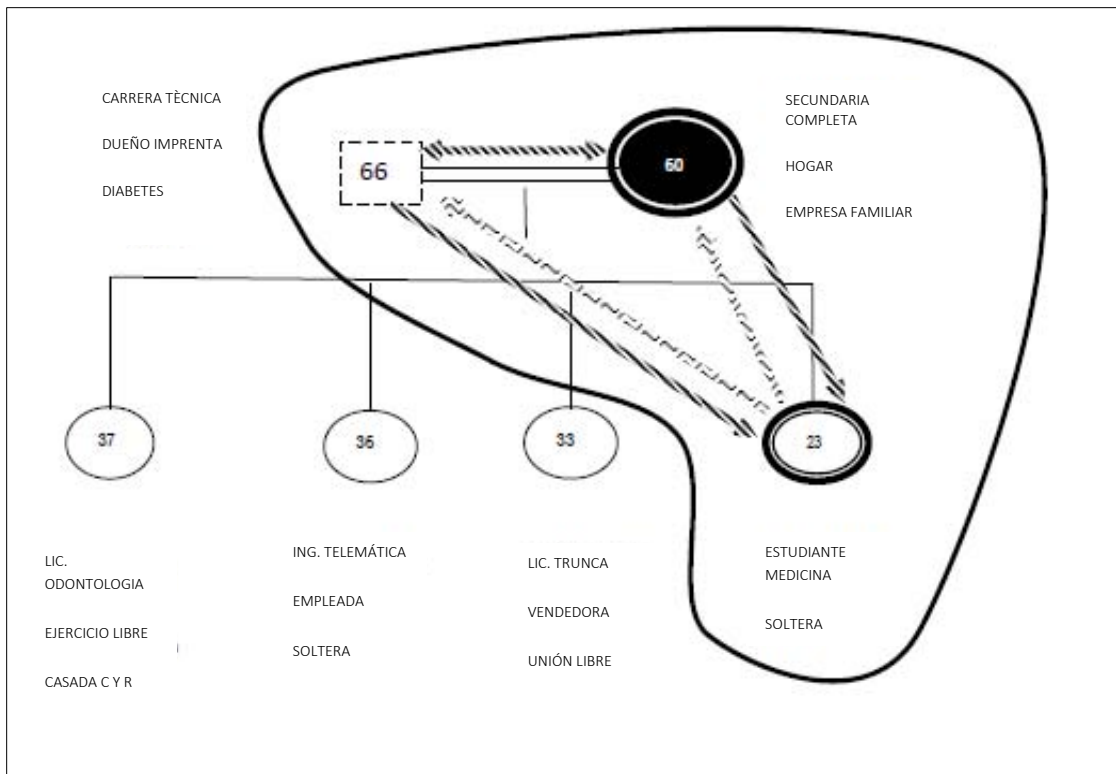


Figura 13. Genograma de la estructura y dinámica familiar construido a partir de la percepción de la Señora G
Fuente: Robelo, 2014. Archivo de trabajo de campo con autorización de la CPI



Figura 24. Fachada del domicilio de la señora G
Fuente: Robelo, 2014. Archivo de trabajo de campo con autorización de la CPI

Durante la visita domiciliar se pudo observar que en los alrededores del domicilio las calles se encontraban pavimentadas y algunas de ellas iluminadas; la colonia contaba con los servicios públicos necesarios para cubrir las necesidades de la familia, además se pudo prestar atención que las diversas líneas de acceso y vialidad se encontraban en condiciones adecuadas. Los negocios que predominaban eran tiendas de abarrotes. Cerca del domicilio, se ubicó un mercado en el que la CPI compraba los alimentos para realizar la comida diaria y una parroquia a la que acudía cada vez que tenía alguna dificultad personal.

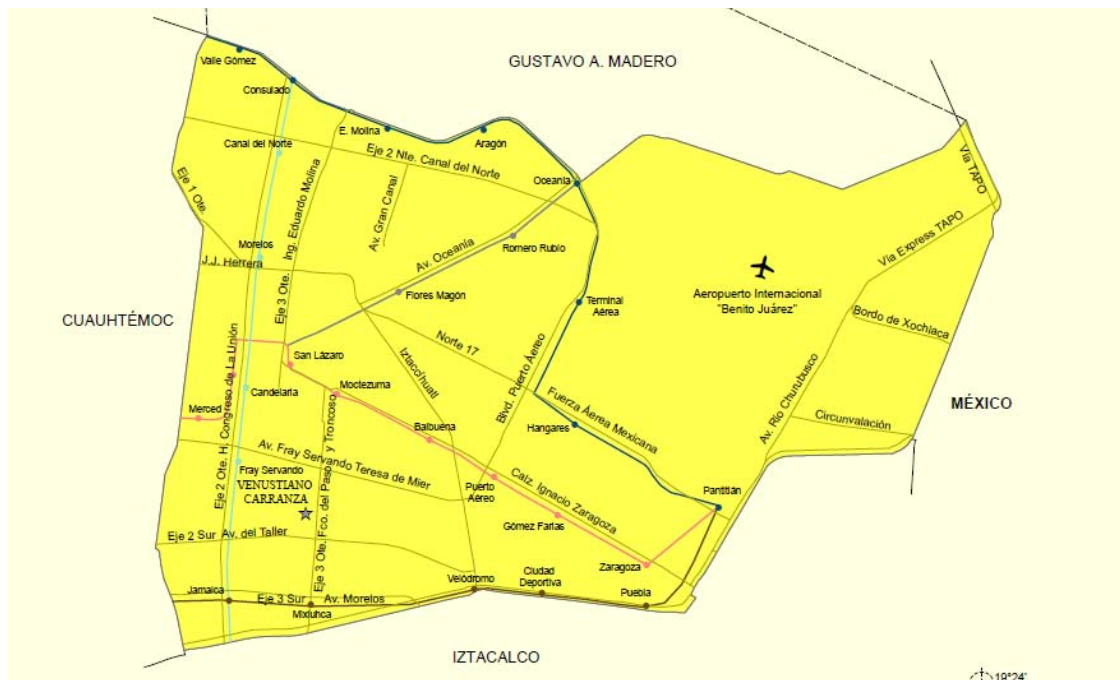


Figura 15 Vista delegacional del domicilio de la señora G.

Fuente: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/09/09017.pdf>

El domicilio de la entrevistada se localizaba en la *delegación Venustiano Carranza*, la cual se encuentra en la zona centro-oriente de la Ciudad de México. Colinda al norte con la delegación Gustavo A. Madero, al poniente con la delegación Cuahtémoc, al sur con la delegación Iztacalco y al oriente con el Estado de México. Ocupa el 2.2% de la superficie del estado. Cuenta con 1 localidad y una población total de 430, 978 habitantes, de los cuales 227,327 son mujeres. En el rubro de población de la base de datos del Instituto Nacional de Estadística y

Geografía (INEGI), se encontró que en esta delegación existen 118,810 hogares censables, de los cuales 42,227 tienen jefatura femenina. Otro dato importante es que en esta delegación en el año 2010 se reportó que 99 de cada 100 viviendas contaban con los servicios de agua, drenaje, servicio sanitario y electricidad. Esta investigación se enfoca en el rubro de la salud, por lo que en este momento es importante destacar que en la delegación en comento, existen 34 unidades médicas, 25 instituciones de asistencia social y 3 unidades de seguridad social, datos que se retomaran posteriormente.⁹⁷

Señora M.

La *señora M* y su esposo procrearon dos hijos, siendo la paciente la primogénita y fue descrita por la CPI como “[...] *mi niña, mi compañera, mi todo* [...]”. Cabe mencionar que en la segunda entrevista que se realizó con el sujeto de estudio, informó a la investigadora que debido a problemas conyugales decidió separarse de su esposo. La entrevistada y sus hijos se fueron a vivir a la casa de su familia de origen, razón por la cual, la visita domiciliaria se realizó en ese espacio y el genograma se diseñó a partir de los familiares con los que en ese momento convivían la CPI.

Se trataba de una familia extensa que estaba cursando dos etapas del ciclo vital denominadas: crianza y educación de los hijos, y familia con hijos adolescentes y adultos (figura 16). Ese sistema familiar estaba conformado por sus padres quienes estaban casados por lo civil y la religión católica; procrearon 5 hijos, siendo la CPI la hija menor. En esa vivienda habitaba también la hija mayor de los señores con dos de sus hijos, adultos jóvenes de 25 y 23 años.⁵³

Antes de hablar de la dinámica familiar del sistema en el que se encontraba inmersa la entrevistada durante el momento de la investigación, se considera importante describir la interacción familiar que sus hijos y ella tenían con su esposo porque a pesar de no cohabitar con él, se mencionaba constantemente durante las entrevistas.

En este punto, a decir de la *señora M* el motivo principal por el cual decidió separarse de su esposo fue el ejercicio de violencia e infidelidad en la pareja. Agregó que a pesar de que ya no vivían con él, el señor mantenía contacto con sus hijos, predominando un tipo de comunicación hostil que impedía una expresión clara de los sentimientos.

Por otro lado, se observó una clara dependencia entre la CPI y la paciente, debido a que todas las actividades las realizaban juntas, puntualizando que con su hijo menor tenía una relación cordial pero no tan significativa como con su primogénita; así mismo se visualizó una coalición en contra del señor, debido a que la paciente se involucraba en los problemas conyugales que tenían sus padres.

Al momento de explorar la relación que mantenían sus hijos con su padre, la entrevistada señaló que aparentemente era una relación instrumental, pero en ocasiones el padre no le proporcionaba dinero para cubrir las necesidades básicas, por lo cual ella se vivía como principal proveedora. La forma en que se comunicaban con él era hostil procurando no mantener contacto, por lo que desde su percepción, el abuelo materno fungía como figura parental hacia sus hijos.

Con relación a la dinámica familiar del sistema en el que se encontraba inmersa el sujeto de estudio, destacaba desde su punto de vista, el problema de adicción a inhalantes que tenían sus sobrinos, circunstancia que generaba problemas frecuentes entre los habitantes de ese espacio, ya que no existían reglas de conducta que favorecieran una relación cordial, inclusive estos jóvenes consumían sustancias tóxicas dentro del domicilio sin que recibieran una reprimenda por parte de su progenitora, pero sí de los abuelos, la cual consistían en agresiones verbales.

Por otro lado, se señala también que no se tenían establecidas actividades ni responsabilidades para cada integrante de esta familia a pesar que la mayoría de ellos eran adultos. Los padres de la *señora M* son quienes cubrían las necesidades de alimentación y pago de servicios. Referente a la limpieza del hogar, la mayoría de las ocasiones lo realizaba la CPI aunque ella laboraba.

Desde la percepción de esta CPI, la única actividad de forma ocasional que compartían como familia era sentarse a comer y hablar respecto a temas intrascendentales, inclusive refiere que no les había comentado a sus padres los problemas escolares que tuvo su hija a raíz del TDM “[...] *me entra la angustia porque ellos no saben que ya no está yendo a la escuela, ellos tienen así como una esperanza y la certeza de que ella va a ser la única profesionista y no quiero decepcionarlos [...]*”.

En este punto, señala que el TDM que se le diagnosticó a su hija modificó significativamente la relación que mantenía con ella, causándole tristeza, enojo y decepción “[...] *ha dejado de irme ayudar a la tienda, no me cuenta nada, a veces come con nosotros y luego, luego se sube y se aísla porque no tiene ganas de salir ni de hablar [...]*”

Generalmente los integrantes de esta familia se comunicaban con diminutivos como “[...] *nos decimos mi amor, mi vida [...]*” pero ello no implicaba que existiera un ambiente de confianza para hablar respecto a las emociones de bienestar o malestar de sus integrantes.

Durante el momento del trabajo de campo de esta investigación, la CPI y sus hijos habitaban una casa que se encontraba en obra negra, propiedad de los abuelos maternos, razón por la cual ninguno de los habitantes gozaba de privacidad.

En la planta baja se ubicaban cuatro habitaciones que se utilizaban como dormitorios de los abuelos, la hermana de la CPI y sus hijos; un espacio acondicionado como comedor y lavadero.

Con la visita domiciliaria, la investigadora se pudo dar cuenta que había dos habitaciones incompletas con paredes de cemento y techo de lámina. En la parte superior se encontraban dos cuartos, ocupando la *señora M* y sus hijos, uno de ellos (figura 17).

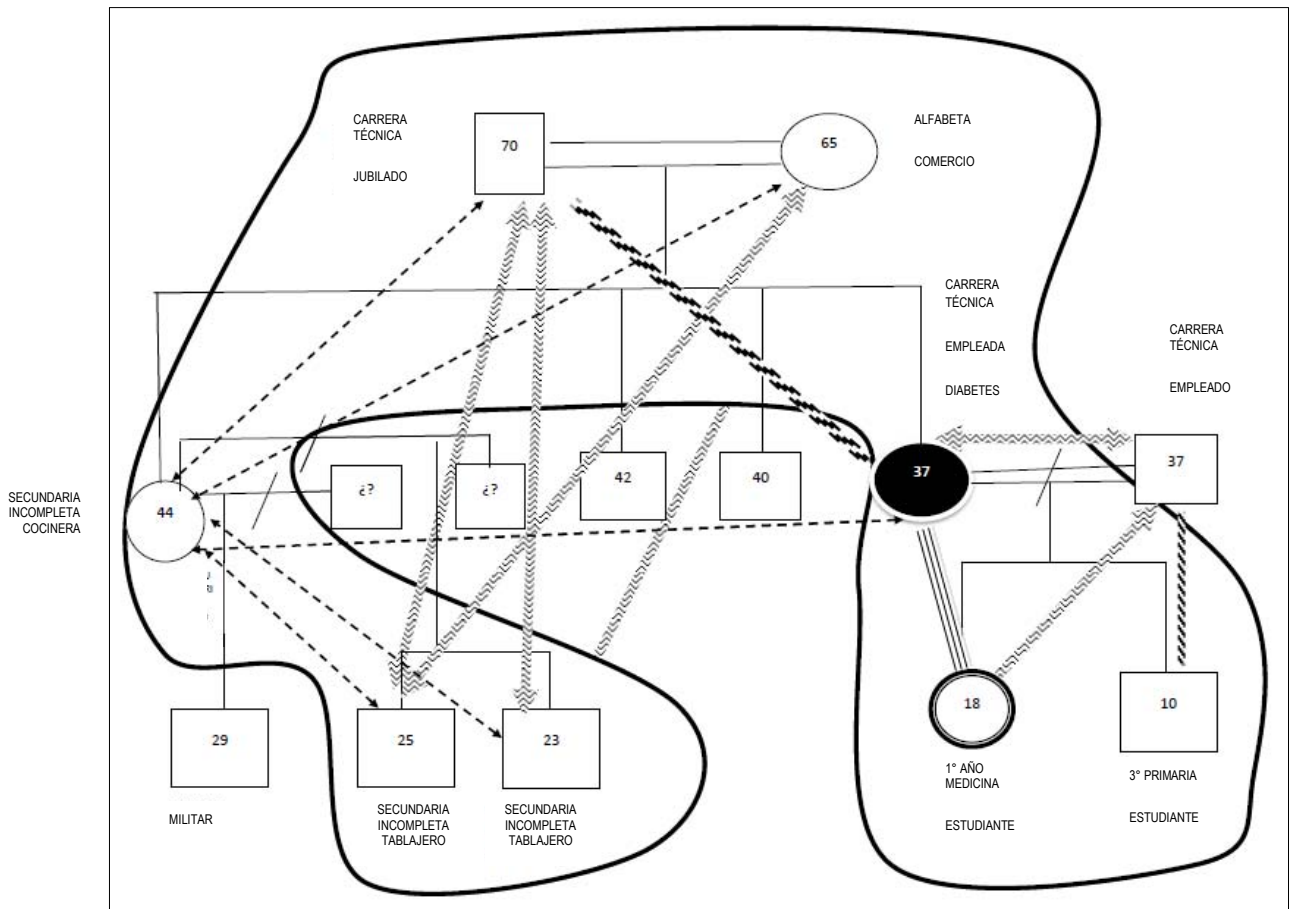


Figura 16. Genograma de estructura y dinámica familiar construido a partir de la percepción de la señora M
 Fuente: Robelo, 2014. Archivo de trabajo de campo con autorización de la CPI



Figura 17 Fachada del domicilio de la señora M
 Fuente: Robelo, 2014. Archivo de trabajo de campo con autorización de la CPI

La vivienda estaba ubicada en un municipio del Estado de México, localizada en una zona sub-urbana, en la cual no todas las calles se encontraban pavimentadas o con el servicio de drenaje. La colonia se caracterizaba por tener construcciones exclusivamente de casas de uno y dos pisos. Se pudo prestar atención durante la visita domiciliar que algunas de las fachadas de las casas se encontraban con algún grafiti y descuidadas. Indicó la *señora M*, que en la colonia se encontraban ubicados diferentes puntos de venta de droga e inclusive se habían presentado agresiones y asesinatos entre los narcomenudistas (figura 18).

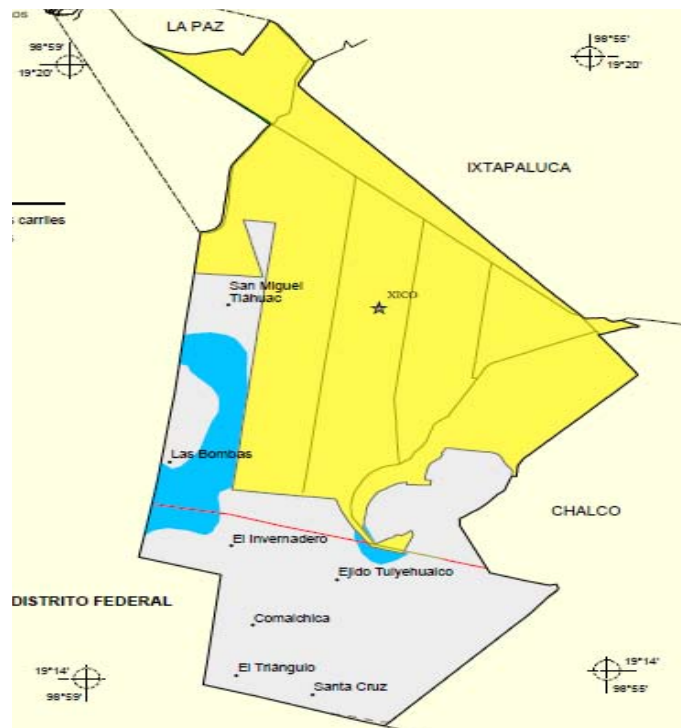


Figura 18 Vista municipal del domicilio de la señora M.

Fuente: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/15/15122.pdf>

Continuando con la contextualización, el *Municipio de Chalco*, donde se encuentra ubicada la vivienda de la entrevistada, colinda al norte con el municipio de Ixtapaluca; al este con los municipios de Ixtapaluca y Tlaxiaco; al sur con los municipios de Tlaxiaco, Cocotitlán, Temamatla, Tenango del Aire y Juchitepec; al oeste con el municipio de Juchitepec y con el Distrito Federal y los municipios de Valle de Chalco Solidaridad e Ixtapaluca. Ocupa el 0.98% de la superficie del Estado de México. Cuenta con 79 localidades y una población total de 310,130

habitantes, de los cuales 158,727 son mujeres. Cuenta con 16,248 hogares censables con jefatura femenina y 57,584 con jefatura masculina. En el rubro de salud, en este municipio existen 31 unidades médicas, 25 instituciones de asistencia social y 6 unidades de seguridad social.⁹⁷

Señora A

La CPI pertenece a una familia nuclear incompleta por separación del subsistema conyugal, estaba cursando la etapa del ciclo vital de la familia con hijos adolescentes y adultos. Durante el matrimonio de la CPI se procrearon a tres hijos (figura 19), de los cuales el paciente es el primogénito, a quien describe como “[...] *un buen muchacho... estoy muy orgullosa de mi hijo, es inteligente y entregado a sus cosas, a sus estudios y comprometido con la familia, no es por presumir, pero es mi gran regalo de la vida [...]*”⁵³

Definió a su sistema familiar como un grupo que estaba integrado por personas que se preocupaban entre sí y apoyaban en cualquier situación difícil que se les presentara. Señaló que cuando se presentaba algún logro obtenido por alguno de ellos, lo festejaban con abrazos, palabras emotivas y sí contaban con dinero suficiente, acudían a algún lugar para festejar. Mencionó también que entre ellos existía la facilidad para expresar las opiniones respecto a un tema en particular que incumbía a la familia; sin embargo, ella tomaba la última decisión.

La *señora A* indicó que generalmente comían todos juntos y aprovechaban el espacio para platicar sobre lo sucedido durante el día, los fines de semana se organizaban para realizar la limpieza del hogar o ver juntos una película. Cuando por cuestiones escolares el paciente no podía participar con ellas, le comentan lo más relevante de la experiencia.

En la visita domiciliaria, la investigadora se pudo percatar que en este grupo familiar existían actividades y responsabilidades establecidas para cada integrante; ante lo que mencionó la entrevistada que su prioridad era que sus hijos continuaran con su desarrollo profesional. Asimismo señaló que existían reglas de convivencia entre ellos, cuando alguien estaba molesto lo podía expresar pero la

consigna era no agredirse “[...] *somos una familia para muchos, a lo mejor muy a la antigua, pero todos nos ven con respeto porque nosotros nos respetamos entre sí [...]*”

Comentó la CPI que cuando se presentaba alguna dificultad trataban de resolverlo hablando, pero se percató que específicamente a ella se le dificultaba expresar sus emociones porque no sabía cómo hacerlo, circunstancia que se evidenció cuando se le diagnosticó el TDM a su hijo.

Las modificaciones en la interacción familiar que identificó a partir de la depresión en su hijo, se enfocaban en las actividades de convivencia y el aislamiento que él tenía, señaló “[...] *entramos como en un proceso de adaptación porque primero se dio la separación con el papá de mis hijos y después la enfermedad de él...tratábamos de reacomodar todo para apoyarnos y apoyarlo a él, pero no sabíamos qué hacer [...]*”

Por último, indicó que existían normas de conducta entre todos los integrantes del sistema, favoreciéndose así una relación cordial y armoniosa cotidianamente, en virtud de que todos los integrantes tenían claro las reglas de convivencia.

La vivienda de esta CPI se ubica en la delegación *Iztapalapa* que se localiza en el oriente de la Ciudad de México. Posee una superficie de 117 km². Limita al norte con la delegación *Iztacalco*; al poniente, con las delegaciones *Benito Juárez* y *Coyoacán*; al sur, con las delegaciones *Tláhuac* y *Xochimilco*; y al este, con los municipios mexiquenses de *Nezahualcóyotl*, *La Paz* y *Valle de Chalco Solidaridad*. Ocupa el 7.6% de la superficie del estado. Cuenta con 1 localidad y una población total de 1, 815,786 habitantes, de los cuales 934.788 son mujeres.⁹⁷

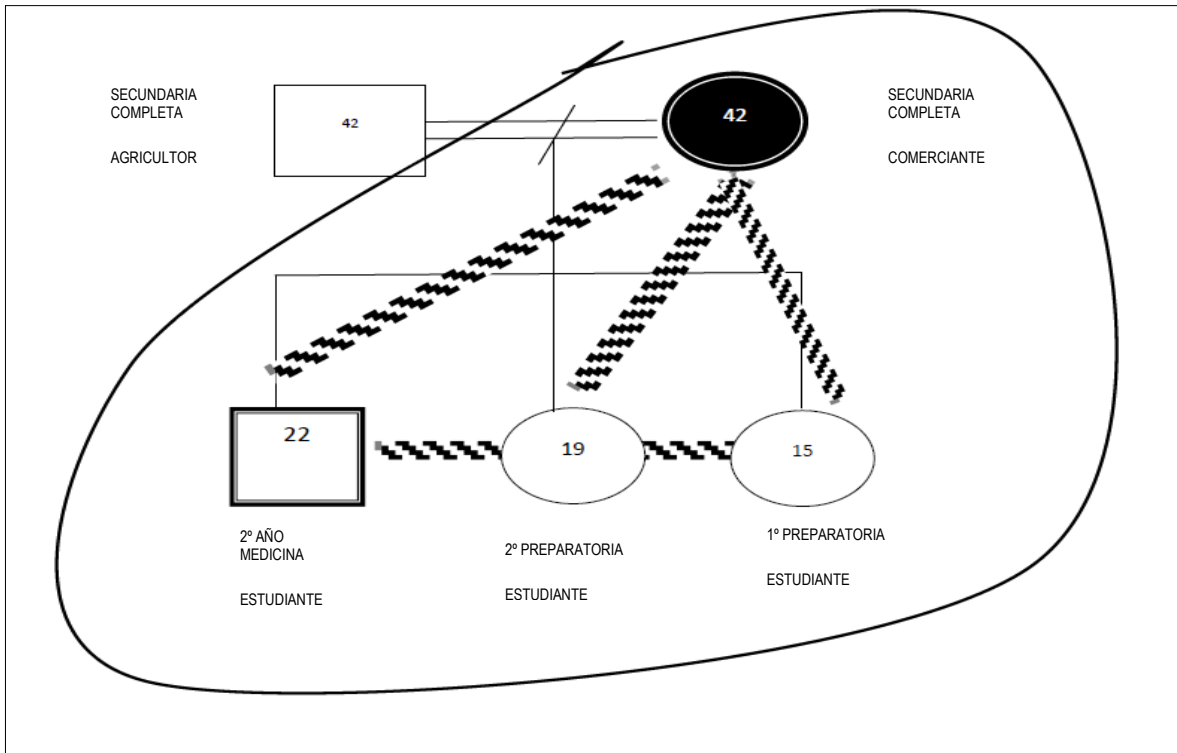


Figura 19 Genograma construido a partir de la percepción de la señora A
Fuente: Robelo, 2014. Archivo de trabajo de campo con autorización de la CPI.

En la visita domiciliaria se la investigadora se pudo dar cuenta que la *señora A* y su sistema familiar habitaban un departamento de interés social, adquirido hace 10 años a través de un crédito otorgado por el Instituto de Vivienda del Distrito Federal, en el marco de un programa institucional para personas de bajo recursos (figura 20). La vivienda estaba conformada por dos recámaras, una era ocupada por el paciente y en la otra dormía la CPI y sus dos hijas, presentándose condiciones de hacinamiento que a decir de la entrevistada, no generaba problemas en la relación cotidiana. Dicho departamento también contaba con sala-comedor, cocina, zotehuela y baño; se encontraba en condiciones adecuadas de higiene. El departamento se localiza en una unidad habitacional descuidada porque algunos edificios se encontraban descarapelados y con grafitis. Al parecer la zona contaba con todos los servicios públicos y estaba rodeada de establecimientos que permitían cubrir las necesidades básicas de los residentes. La *señora A* indicó que las vías de comunicación eran accesibles y contaban con rutas de transporte público constantes (figura 21).



Figura 20. Vista lateral del domicilio de la señora A

Fuente: Robelo, 2014. Archivo de trabajo de campo con autorización de la CPI.

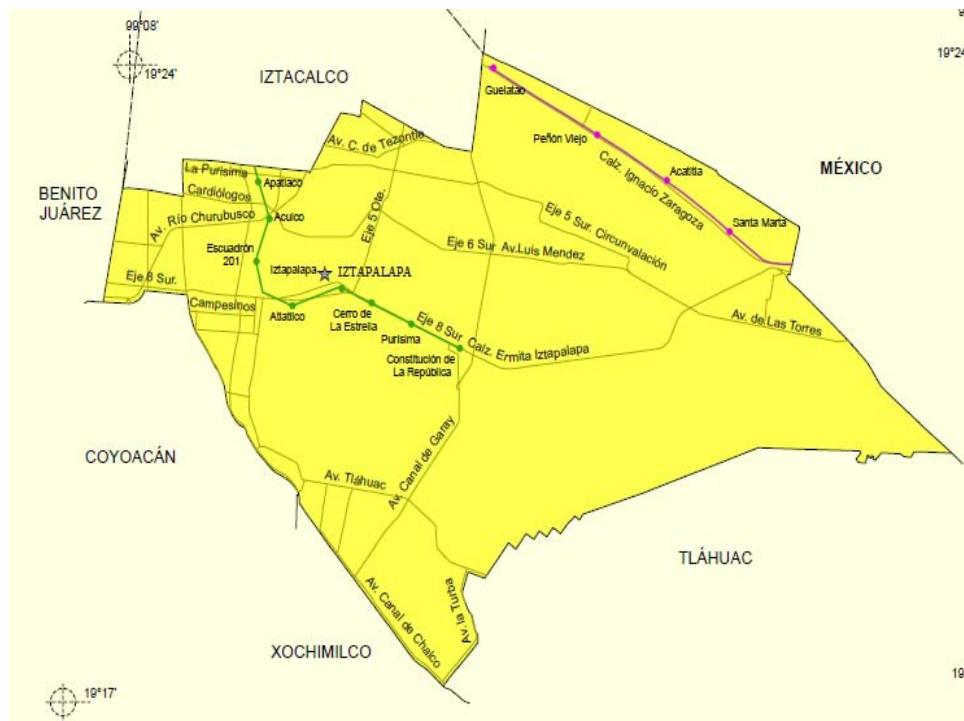


Figura 21. Vista delegacional del domicilio de la señora A.

Fuente: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/09/09007.pdf>

Por último, en la *delegación Iztapalapa* existen 453,752 hogares censables, de los cuales 131,599 tienen jefatura femenina. Otro dato importante es que en esta delegación en el año 2010 se reportó que 85 de cada 100 viviendas contaban con los servicios de agua, drenaje, servicio sanitario y electricidad. En el rubro de la salud, en la delegación en comento, existen 59 unidades médicas, 42 instituciones de asistencia social y 5 unidades de seguridad social.⁹⁷

Señora L.

La *señora L* pertenece a una familia nuclear conformada por ambos padres quienes procrearon tres hijos, de los cuales la paciente es la menor. La entrevistada describe a su hija como “[...] una chica muy aprensiva en los proyectos que decide emprender, hasta que la enfermedad se presentó [...]”. De acuerdo al ciclo vital este sistema familiar estaba cursando la etapa de familia con hijos adolescentes y adultos (figura 22).⁵³

Desde la percepción de la CPI, ella era la encargada de cubrir las necesidades afectivas del subsistema hijos mientras que su esposo era el proveedor económico. Mencionó que esta división en la crianza y educación de los hijos lo hablaron como pareja desde el momento en que decidieron formalizar su relación, no obstante llama la atención que el señor era el encargado de establecer las normas de conductas y decisiones importantes que involucraba, inclusive, el proyecto de vida de cada integrante, ante lo cual, todos se adaptaban.

Señaló el sujeto de estudio que como familia realizaban diversas actividades que les permitía como grupo, mantener una convivencia en la mayoría de las ocasiones cordial; entre éstas se encontraban el compartir los alimentos y realizar los fines de semana visitas al teatro, cine o centros comerciales; también mencionó que aproximadamente una vez al mes realizaban reuniones en su domicilio para compartir entre ellos los avances en los proyectos que cada uno de ellos habían emprendido, pero, al ser su esposo quien “[...] llevaba la batuta [...]” de la familia, en ocasiones esas reuniones generaban incomodidad cuando alguno de los integrantes no estaba de acuerdo en lo que él establecía, o debido a la

dificultad que manifestaban todos los integrantes para expresar sus emociones de bienestar y malestar. Respecto a la expresión de sentimientos, la *señora L* agregó que ella era una persona que cuando tenía alguna experiencia agradable o desagradable siempre la exteriorizaba con llanto, circunstancia que molestaba a los integrantes de su familia.

Por otro lado, cabe señalar que desde la percepción de la CPI, a partir del diagnóstico de TDM en su hija, el grupo familiar tuvo la oportunidad de replantear las dificultades que tenían principalmente en la comunicación cotidiana, así como la dificultad de los padres para modificar las normas de conducta de acuerdo a la edad de cada uno de sus hijos.

Con respecto a la cercanía que tenía la *señora L* con cada uno de los integrantes de su familia, señaló que destacaba mayor cercanía afectiva con la paciente y cercanía instrumental con su hijo; y distancia afectiva con su esposo debido a problemas de pareja antiguos que no habían sido resueltos por completo.

La familia de la entrevistada habitaba una casa de dos pisos y planta baja ubicada en una colonia urbana de la delegación *Tlalpan*, estaba conformada por sala, comedor, cocina, estancia, cuatro recámaras, estudio, cuarto de huéspedes, cuarto de lavado y jardín, circunstancia que permitía a cada integrante gozar de privacidad para un desarrollo óptimo (figura 23).

La delegación *Tlalpan* limita al Norte con las delegaciones Magdalena Contreras, Álvaro Obregón y Coyoacán; al Este con Xochimilco y Milpa Alta; al Sur con el Estado de Morelos, y al Oeste con el Estado de México y la delegación Magdalena Contreras. Ocupa el 7.6 % de la superficie total. Cuenta con 183 localidades y una población total de 650,567 habitantes, de los cuales 338,428 son mujeres (figura 24).⁹⁷

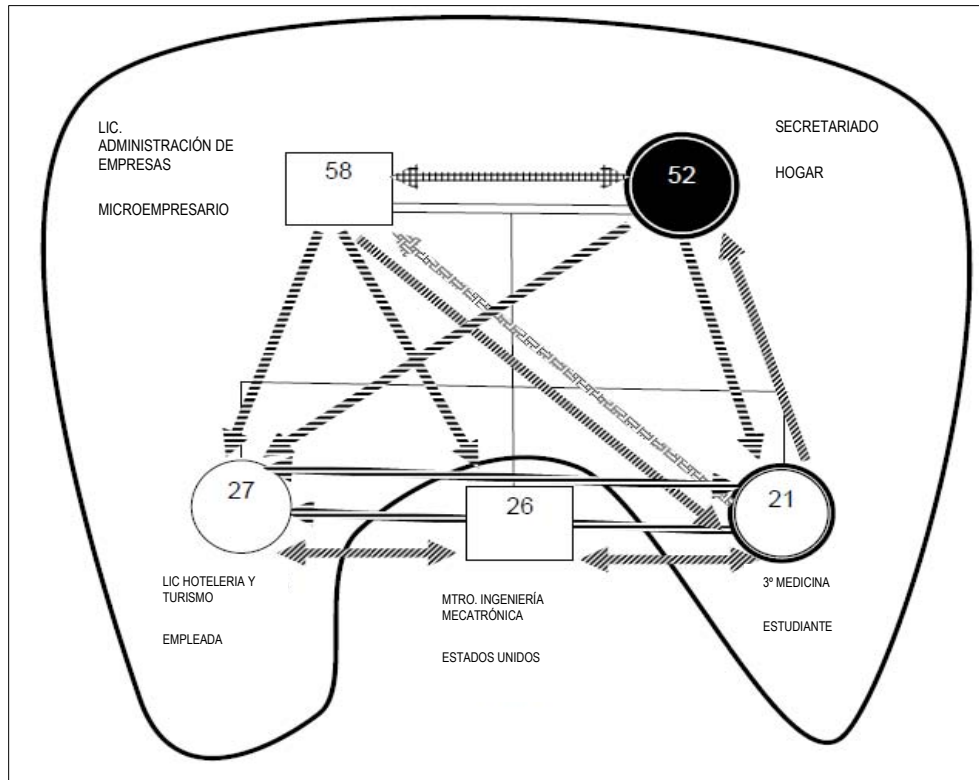


Figura 22. Genograma de la estructura y dinámica familiar construido a partir de la percepción de la señora L
Fuente: Robelo, 2014. Archivo de trabajo de campo con autorización de la CPI.



Figura 23 Vista de la fachada del domicilio de la señora L
Fuente: Robelo, 2014. Archivo de trabajo de campo con autorización de la CPI.

Durante la visita domiciliar se pudo observar que la colonia donde se encontraba ubicada la vivienda se caracterizaba por la construcción de casas solas. La zona contaba con todos los servicios públicos de forma adecuada. Se logró visualizar establecimientos que permitían cubrir las necesidades básicas de los habitantes como tiendas de abarrotes, pastelerías, cafeterías, e inclusive centros deportivos y religiosos. Las vías de comunicación principales eran avenidas principales de fácil acceso, además la *señora L* indicó que existían rutas de transporte público constantes.

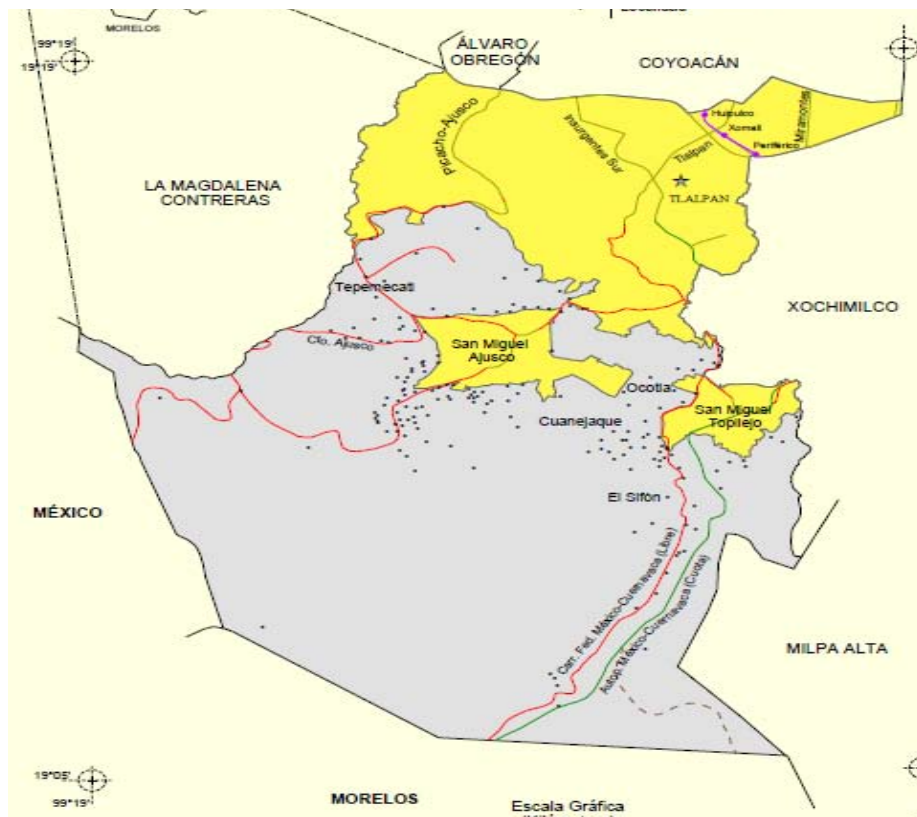


Figura 24 Vista delegacional del domicilio de la señora L.

Fuente: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/09/09012.pdf>

Por último, se encontró que en la delegación *Tlalpan* existen 170,428 hogares censables, de los cuales 121,201 tienen jefatura masculina. Otro dato importante es que en esta delegación en el año 2010 se reportó que 98 de cada 100 viviendas contaban con los servicios de drenaje, servicio sanitario y electricidad, mientras que 72 de cada 100 solamente contaban con el servicio de agua. En el

rubro de salud existen 46 unidades médicas, 33 instituciones de asistencia social y 8 unidades de seguridad social.⁹⁷

Hasta este punto, esta categoría nos permite visualizar un perfil del CPI de estudiantes de medicina que se relaciona con lo reportado en la literatura. Se trata de mujeres que ejercen el rol de madres, en su mayoría jefas de familia, seleccionadas por los pacientes porque son las encargadas de satisfacer las necesidades afectivas de los integrantes del sistema familiar.

Se puede decir que, a partir de la información obtenida respecto a la *estructura familiar* de las CPI de estudiantes de medicina diagnosticados con TDM que son atendidos en el DPMS de la FM de la UNAM, existe una coincidencia en lo que ha reportado en la literatura respecto a que la Depresión no es una enfermedad exclusiva de un determinado perfil de personas o grupos familiares, en virtud de que tres de las CPI pertenecen a una familia nuclear y una entrevistada, a una familia extensa.

En su mayoría, la *jerarquía* establecida en cada sistema familiar es ejercida por el subsistema paterno, a causa de que las familias están cursando la etapa del ciclo vital de hijos adolescentes y adultos, lo cual nos permite puntualizar que al ser los pacientes estudiantes de una carrera de nivel superior que exige un compromiso de tiempo completo como es el caso de medicina, dependen económica y afectivamente de los adultos. Inclusive esta característica se observa en la entrevistada que pertenece a una familia extensa.

Los *límites* de las estructuras familiares generalmente están claramente definidos, aunque en dos casos se observa una ligera invasión de límites generacionales de forma ascendente, en virtud de que se presentan problemas conyugales entre los padres de los pacientes. Aquí es importante retomar la TGS que nos refiere que las formas de conducta que tienen los integrantes de una familia es a favor de mantener la homeostasis del sistema, aunque esté implique rasgos de disfuncionalidad.

Por otro lado, los genogramas realizados a partir de la percepción de las CPI permiten visualizar *alianzas y coaliciones* entre los integrantes de la familia, las cuales se exacerbaban a partir de la presencia del TDM. Esto debido a que la presencia de una enfermedad como la depresión pone alerta los recursos de todos los integrantes de la familia, en virtud de que evidencia problemáticas tal vez no identificadas o solucionadas, de ahí que los sistemas familiares conciben a la enfermedad como una oportunidad u obstáculo para modificar actitudes o bien, rigidizarlas.

Por último, con relación al *territorio* plasmado por cada integrante en su estructura familiar, se logra observar que los pacientes tienen una centralidad en los afectos de las CPI, definiéndoles en su totalidad como su *tesoro preciado*, lo cual no necesariamente significa que sea desfavorable, en virtud de que todo sistema familiar atraviesa por un ciclo que trae consigo modificaciones y la mayoría de los sistemas familiares de las CPI se encuentran cumpliendo la función de protección psicoafectiva, característica de la etapa de ciclo vital que están cursando.

Con relación a la *dinámica familiar* de las CPI entrevistadas se puede concluir que existe dificultad en la expresión de sentimientos de bienestar y malestar de forma adecuada y directa, debido a patrones culturales y de crianza de las propias CPI. Esto debido a que el sistema familia tiene como una de sus principales funciones la transmisión de normas y valores de la sociedad, así como usos y costumbres, que influyen más no determinan, la cosmovisión del mundo cotidiano, lo cual se debe a que como sistema familiar, este grupo primario tiene la característica de equifinalidad.

La información obtenida nos da elementos para diagnosticar que, el *control de conducta* aunque está establecido por los padres, en algunas ocasiones se torna rígido a causa del proceso de adaptación que tiene que ver con la etapa del ciclo vital individual de los pacientes, así como con las características propias del TDM. Por ello, las principales modificaciones que se visualizan a partir de la presencia de este trastorno se enfocan en la convivencia cotidiana.

Desde la percepción de las CPI, los *roles* ejercidos por la mayoría de los integrantes de los sistemas familiares son aceptados y cumplidos pero no así flexibles, convirtiéndose este punto en una área de oportunidad que permita reconocer a cada integrante del sistema familiar como un individuo con sentimientos y capaz de tomar decisiones.

Con relación al aspecto geográfico de los grupos familiares en los que se encuentran involucradas las CPI, podemos concluir que en su mayoría se desenvuelven en espacios populares donde se transmiten tradiciones y mitos que pueden llegar a obstaculizar la comprensión y tratamiento del TDM, lo cual se agudiza con los datos reportados en el rubro de salud, en donde se especifica que tanto las unidades médicas, como las instituciones de asistencia social y de seguridad social son deficientes para cubrir las necesidades de salud de los habitantes de esos lugares.

El trabajador social es un profesionalista de primer contacto en instituciones que brindan un servicio como lo es el DPSM; las habilidades y destrezas con las que cuenta permite conceptualizar al paciente y sus familiares como personas que experimentan sentimientos de malestar como miedo, frustración y enojo ante un trastorno psiquiátrico como el TDM, y un sentimiento de culpa ante ellos mismos, por lo que es imprescindible darle voz a la vivencia de la población que se atiende. Por ello, en la siguiente categoría titulada: *Depresión ¿enfermedad o puntadas de mi hijo?*, se permite al lector conocer la forma en que experimentan las CPI el TDM en sus hijos.

Categoría 2. Depresión: ¿Enfermedad o puntadas de mi hijo?

Objetivo: Conocer el MEEs del TDM experimentado por el CPI de estudiantes de medicina.

El MEE se conforman de la percepción que una persona tiene respecto a la enfermedad, sus causas, síntomas, tratamiento e impacto tanto en el paciente como en las personas significativas para él. En este sentido, el CPI es aquel familiar que está al pendiente de cubrir las necesidades básicas instrumentales y afectivas del paciente, y es el principal actor en la toma de decisiones en el

diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, por ello en este apartado se explicará al lector la percepción que tiene el CPI respecto al TDM.⁷³

Como primer punto se destaca que la *percepción del concepto de TDM* que las CPI experimentaron, estuvo basada principalmente en los síntomas que observaban en sus hijos, generalizándose en el discurso de las entrevistadas como primer punto la palabra *flojera*, y como segundo elemento la *etapa del ciclo vital*.

“[...] pues yo la seguía etiquetando como flojera o cuestiones propias de su edad [...]” señora G

“[...] Antes se me hacía así como ligero ¿no? No tan grave... sabía que... pues... los ánimos decaen, que la gente se enferma físicamente porque bajan las defensas, pero no, no sé mucho, no sé qué es la depresión, pensé que era su edad [...]” señora M

“[...] yo le llamaba flojera porque no tenía las ganas de levantarse y cuando se levantaba lo hacía de malas porque no quería hacerlo, pero así son los jóvenes [...]” señora L

Llama la atención también que la percepción en la definición de depresión surgió a partir de lo escuchado o visto por parte de las CPI en diversos medios de comunicación, así como de las tradiciones familiares y religiosas que predominaban en las entrevistadas.

“[...] ahora lo veo como una emoción normal de la vida, porque cuando te da eso es que algo tienes que arreglar, es urgente que hagas algo de tu vida, así entiendo el mensaje [...]” señora A

“[...] Siempre le digo que Dios no le puede mandar cargas que uno, que ella no pueda soportar [...]” señora G

“[...] he escuchado mucho al Dr. Lamoglia...lo que puede pasar, que sí se pueden llegar a suicidar... sí pensé en el suicidio de mi hija, luego pensé: ¿qué tal sí se vuelve loca?... y a veces pensaba que se le iba a pasar [...]” señora L

“[...] me empecé a dar cuenta que mi hija estaba deprimida porque al escuchar un programa decían que había cambios en el físico y a ella se le empezó a caer el

cabello y se laxaba, siempre seguía con mucho sueño, no tenía ganas de levantarse, perdía el apetito [...]” señora L

En general, se observó desconocimiento por parte de las CPI respecto a lo que es y no es el TDM, generando en ellas la naturalización de los signos y síntomas, tal como se puede observar en el siguiente relato:

“[...] ahora lo veo como una emoción normal de la vida, porque cuando te da eso es que algo tienes que arreglar, es urgente que hagas algo de tu vida, así entiendo el mensaje, y uno se termina acostumbrando [...]” señora A

O bien, tan solo por el nombre del diagnóstico, las entrevistadas realizaron su propia concepción del trastorno, veamos:

“[...] sí, ya la entiendo, sé que es una enfermedad que se tiene que controlar y que la verdad es una enfermedad que sí me da miedo por lo que origina, que se pueden llegar a hacer daño, cuando dicen mayor, pues si se me hace una cosa más dura, más complicada y me asusta [...]” señora G

Podemos concluir en este punto que la conceptualización de la depresión que percibieron las CPI, se basó principalmente en la información obtenida por fuentes externas como los medios de comunicación y los usos y costumbres, que son foco de alerta para generar mitos con relación a los trastornos psiquiátricos.

Por otro lado, desde la experiencia de las CPI, se puede concluir que las *causas que originaron el TDM* fueron variadas, por tanto el discurso proporcionado por las entrevistadas se puede clasificar de la siguiente manera:

- A. *Vivencias familiares*, en donde se encontró la presencia de conflictos conyugales entre los padres de las y el paciente; cambios en la estructura y dinámica familiar a partir de la separación de los padres; y dificultades en la relación del paciente con figuras de autoridad.

“[...] creo que la total culpable soy yo... por los problemas con su papá y porque yo tengo otra relación y se dio cuenta por una carta que yo escribí y que se me cayó [...]” señora M

“[...] Todo iba muy bien hasta que hubo la separación... el alejamiento tanto físico como de pareja entre su papá y yo, a mi hijo lo operaron y en su operación al vernos juntos él pensó que regresaríamos y darse cuenta que no iba a ser así, lo aniquiló e hizo que se deprimiera [...]” señora A

“[...] mi hija estaba al pendiente de los problemas entre su papá y yo, pues al vivir aquí se daba cuenta y obviamente le contaba a sus hermanos: yo veo mal a mi mamá, mi papá no le da una respuesta de su engaño y ella llora, está mal. Una vez nos vio y oyó discutiendo y, y, nos gritó que por nosotros no podía concentrarse... Además él agarró la idea de que cualquier cosa que me quería decir a mí, lo hacía a través de ella, por eso... por eso se nos enfermó nuestra hija [...]” señora L

“[...] mi hija se siente mal y se deprime porque al igual que yo, siempre le pedimos, dependemos de él, además ella le tiene mucho coraje a su papá porque siempre ha sentido que nunca la ha tratado igual que a mis otros hijos, y es cierto, pero también siempre le ha dicho que es su piedra angular por eso la trata diferente [...]” señora L

- B. Vivencias personales:** desde el significado que brindaron las CPI se identificó que la etapa del ciclo vital individual que estaban cursando sus hijos influyó en la aparición de la depresión; así mismo también señalaron como causas probables las rupturas de relación de noviazgo en los pacientes y fracasos escolares.

“[...] pues yo lo atribuía primero a, este... a su crecimiento, a los cambios que van teniendo los chicos cuando van creciendo... que era flojera, este... que estaba mal porque era producto de su edad, que no maduraba... simplemente que era floja [...]” señora G

“[...] ella tenía un novio, y bueno, el novio la dejó y ella pues lo sufrió mucho, sigue sufriendo, es eso, es todo [...]” señora M

“[...] llegaba siempre de malas de la escuela, decía: los compañeros lo saben todo, yo no sé nada, soy... me doy cuenta que soy una estúpida, calentando un lugar que no me merezco y tantos que quieren entrar, yo estudio y cuando estoy en la escuela no sé nada... nada [...]” señora L

“[...] me había comentado que cuando estaba en la escuela no se concentraba y comenzó a disminuir su promedio y por ello solo quería verse muerta... muerta [...]”
señora L

- C. *Vivencias externas*, elemento que sólo se encontró identificado por una CPI y se enfoca en el cambio de domicilio que tuvo que realizar el sistema familiar como parte de su proyecto de vida.

“[...] cuando llegamos acá... fue un cambio total para ella...venirnos del Estado de México para acá fue el acabos para que ella esté como esté [...]” *señora G*

En suma, este punto permite considerar que la percepción o atribución de las *causas* del TDM desde la visión de las CPI entrevistadas, se genera a partir de la convivencia cotidiana que tienen sus hijos con los diferentes subsistemas en los que se desarrollan, como son: familia, escuela y grupo de pares.

Con relación a la descripción de los *síntomas de la depresión* que identificaron las CPI, es importante señalar que se visualizaron principalmente a partir de dos elementos importantes: primero, el *cambio en la forma de ser* de sus hijos y segundo, el hecho de que *ellos dejaron de realizar actividades cotidianas* que eran de su interés y disfrutaban. Posteriormente las entrevistadas señalaron cambios físicos, cambios en el estado de ánimo e incluso, la relación con ideas de muerte y descuido psicosocial de la persona. Entonces, de acuerdo a la literatura y con las aportaciones de las CPI obtenidas a través de las entrevistas, los síntomas se pueden clasificar en:

- A. *Somáticos*, que se refirieron a las consecuencias biológicas percibidas por las CPI en sus hijos.

“[...] cuando se pone malita, le da sus crisis, se le baja la presión y se me anda desmayando [...]” *señora M*

“[...] de repente se le va el apetito y otras veces come como un pelón de hospicio [...]”
señora L

“[...] en noviembre ella dejó de bañarse, no le daba hambre, se duerme y llora todo el día, no se concentra, no quiere nada [...]” señora M

- B. Emocionales, que se enfocaron en la alteración en el estado de ánimo percibido por las CPI a través de la convivencia diaria y reflejados principalmente en la expresión de ideas de minusvalía y expresión de sentimientos de malestar.**

“[...] comencé a ver en ella mucha tristeza y apatía, el brillo de sus ojos se esfumó [...]” señora G

“[...] pues cuando tiene sus crisis de que se encierra, de que comienza a llorar, de que no quiere salir de su cuarto, de que está bien enojada y comienza a jalarse los cabellos, comienza a caminar de un lado para otro [...]” señora M

“[...] dejó de ser mi hijo y la tristeza se impregnó en su mirada [...]” señora A

- C. Volitivos, descritos por las CPI a través de la falta de energía que demostraban sus hijos para cumplir con sus metas profesionales y personales.**

“[...] no se ponía activa y de repente se enojaba, gritaba, mucho enojo y luego otra vez pasiva, muy pasiva...observaba que no se apuraba a sus tareas, era muy lenta, nada más se la quería pasara ahí acostada viendo televisión o metida en internet [...]” señora G

“[...] no se puede bañar en una semana, se levanta y se queda con la pijama, ahorita está bañada y cambiada porque vino, sino, es algo que ni le interesa [...]” señora M

“[...] mi hijo estaba sin deseos de hacer nada, totalmente en la cama, como si no pudiera moverse [...]” señora A

- D. Cognitivos, explicados a partir de la falta de concentración en el ámbito escolar percibido por las CPI.**

“[...] cuando llegamos acá.... fue un cambio total para ella...venirnos del Estado de México para acá fue el acabos para que ella esté como esté, ella era niña aplicada,

de 8 hasta de 10, pero se enfermó y hasta repitió el año porque no entendía lo que le explicaban en la escuela [...]" señora G

"[...] ahorita ya no quiere ser médico porque no se concentra en nada, no entiende nada [...]" señora M

"[...] dejó de querer ir a la escuela porque no entendía nada [...]" señora B

Resumidamente, desde la experiencia de las CPI, no se puede perder de vista que tiene una visión biopsicosocial de los trastornos psiquiátricos, por lo que es fundamental diseñar estrategias de intervención interdisciplinarias que tengan como eje de acción potencializar las habilidades y destrezas de los pacientes y sus CPI.

Con relación a los *miedos y temores* que tienen las CPI respecto al TDM diagnosticado en sus hijos, predominó el miedo de que sus hijos tuvieran *conductas auto-lesivas*, en virtud de que se han construido diferentes tipos de mitos respecto al TDM, a través de los medios de comunicación, vivencias personales de las propias CPI e ignorancia respecto al propio trastorno, supeditando en algunas ocasiones, el comportamiento que tienen las CPI respecto al paciente.

"[...] Me da miedo que se lastime porque he leído y escuchado que muchos y principalmente jóvenes llegan a suicidarse, que pueden entrar en una crisis y ya no salen de ella, por ello cuando sus hermanas la están fastidiando les digo que la dejen sola, que no le digan nada por su propio bien, por nuestro bien, porque puede entrar en una crisis y quererse cortar las venas como lo han hecho otras personas [...]"
señora G

Otro punto importante que se destacó fue la *incertidumbre* que genera la aparición y evolución del TDM.

"[...] ya ve que en las enfermedades uno no sabe qué va a pasar y eso me da mucha incertidumbre, me angustia, me tiene con el Jesús en la boca, no sé qué decirle, cómo hablarle, qué hacer [...]" señora G

Dentro del discurso de las CPI también se logró visualizar el miedo que tienen respecto a que sus hijos *no puedan concluir con un proyecto de vida personal y profesional, independientemente de la carrera que están cursando.*

“[...] ahorita está perdida mi hija, no sé qué tiene, no sabe qué va a ser de ella, no quiere nada, no sé qué quiere en su vida, ella no es mi hija [...]” señora M

Por otro lado, respecto al *impacto* que el TDM tiene en el paciente, desde la percepción de las CPI, se concluye que las esferas funcionales impactadas por la depresión son variadas e infinitas, las cuales van desde una afectación en el estado de salud y cambio en el estado de ánimo, hasta problemas en las relaciones interpersonales, familiares y escolares, las cuales si no son identificadas y atendidas interdisciplinariamente, dificultan una adecuada evolución en el tratamiento y por ende, dificultades para que el paciente se reincorpore a su medio escolar.

“[...] dejó de hacer sus actividades, se iba al ajedrez y ahí se distraía, pero ahora acá ya no hace nada, ni amigos tiene [...]” señora G

“[...] por la apatía que tenía, ella no quería convivir con nosotros, ella se encerraba en su cuarto y casi no salía, uno no sabe si llega, si está, si durmió, si comió, yo le pregunto y cuando esta de buenas come con nosotros, pero si no, ni contesta cuando le hablo, y yo a veces prefiero no hablar con ella [...]” señora G

“[...] antes teníamos espacio para convivir y jugábamos un ratito dominó o salíamos por un helado y aprovechábamos para platicar, pero hoy... hoy... eso ya no está [...]” señora G

“[...] Mi hija era un niña coqueta, siempre bien vestidita, perfumadita, ahora pueden pasar días o semanas y ni se preocupa por ello, ella no era así, no la conozco [...]” señora M

“[...] siempre se la pasaba estudiando, pendiente de sus tareas, su escuela ahora ni médico quiere ya ser... y no la conozco mi hija es, era bien luchadora... yo estaba acostumbrada que mi hija siempre tuviera éxitos en la escuela desde el kínder, había veces que me desvelaba con ella y ahora ya no quiere ni estudiar [...]” señora M

“[...] Mi hijo siempre ha sido inteligente y preocupado por estudiar, planchaba su ropa, arreglaba un día antes todo pero desde la separación ya no es así, tuvo problemas en la escuela, repitió año y se aisló [...]” señora A

En suma, desde el discurso analizado se encontró que las *esferas impactadas* en estudiantes de medicina que acuden al tratamiento al DPSM fueron: *escolar, relaciones interpersonales, escolar, familiar, entretenimiento, cuidado personal.*

Por último en la percepción que tienen las CPI del *tratamiento del TDM*, se pudo observar que el *tratamiento integral* es fundamental para que sus hijos recuperen su proyecto de vida. Para que el tratamiento surta el efecto necesario deba ser contextualizado, tomando en cuenta los conocimientos, creencias y costumbres tanto del paciente como de la CPI, debido a que como dice la TGS, lo que sucede en un integrante de la familia repercute en algún modo en los demás.

“[...] Le decíamos busca ayuda, haz ejercicio o alguna actividad, necesitas moverte y no estar aquí encerrada [...]” señora G

“[...] Yo observaba a mi hija, su sufrimiento y le decía que no estaba pasando por una situación difícil y tenía que buscar ayuda aquí en la UNAM, en su escuela, con sus maestros porque yo no sé cómo ayudarle [...]” señora G

“[...] La llevé a acupuntura, me gasté como \$10.000.00 con un masajista muy famoso, que sale en la tele, mi hija se sintió mejor, pero obvio el tratamiento no lo terminó porque nos quedamos sin dinero, y pues quedó como en espera [...]” señora M

“[...] No ha dejado sus pastillas, las compramos aunque a veces no comamos, pero también creo que si hace algo que le gusta o la mantiene ocupada ayudará, he pensado llevarla a natación, pero hijole el dinero está canijo, veré si en el palacio le pueden dar una beca [...]” señora M

“[...] después de su operación y darse cuenta de que sus padres no íbamos a regresar, se puso muy mal, mi hijo se estaba volviendo loco, sufría, decía mamá ayúdame y pues buscando en internet encontré el Instituto Nacional de Psiquiatría y

pues lo llevé a urgencias, y pues después nos enteramos de ustedes y pues aquí estamos para lo que nos digan, no enseñen a hacer algo para que él, yo, todos estemos mejor [...]" señora A

"[...] pues antes de llegar aquí primero la llevé con el pediatra que siempre la ha visto desde que nació y me dio vitaminas, después seguía muy mal mi hija y lo comenté con mi ginecóloga para que la revisará si no era algo físico y cuando habló con ella nos dijo que era algo de las emociones, y nos recomendó con una psicóloga que nos dijo que si no recibía atención inmediata por parte de un psiquiatra mi hija se me iba a morir, yo me angustié mucho y al escuchar al Dr. Lamoglia inmediatamente le dije a mi esposo que hiciéramos una cita con él... y pues fuimos solo una vez, pero le ayudó a mi hija enormemente.... y pues después nos enteramos de que existía este Departamento y pues aquí estamos [...]" sic L

Finalmente, cabe señalar que la visión que comparten las CPI respecto a la trayectoria de atención del TDM, se convierte en una herramienta valiosa que los profesionistas del área de salud deben de tener presente, con la finalidad de diseñar estrategias de prevención y tratamiento de los problemas emocionales y trastornos psiquiátricos en diferentes poblaciones. El conocer las trayectorias de atención permitirá un diseño, ejecución y evaluación de acciones que respondan a las necesidades reales y sentidas de la población objetivo.

Debido a que la CPI de estudiantes de medicina es un elemento clave en el diagnóstico, tratamiento y evolución del TDM, y en virtud de que es la figura más significativa para el paciente por ejercer el rol materno, se construyó la categoría 3 titulada: *¿cuidadora yo?*, con la finalidad de conocer desde la propia voz de las entrevistadas sus necesidades como seres humanos y analizar su vivencia como madres de familia de estudiantes de medicina diagnosticados con TDM, ya que tradicionalmente el conocimiento de las enfermedades se da a partir de quien las padece y no de quienes acompañan en el proceso de la enfermedad al paciente.

Categoría 3: ¿Cuidadora yo?

Objetivo: Conocer desde la percepción de las entrevistadas su visión como CPI de estudiantes universitarios diagnosticados con TDM

En este punto es conveniente destacar que todas las CPI coincidieron en su reconocimiento como principales y en algunos casos únicas proveedoras afectivas de los pacientes, razón por la cual en ocasiones no tienen la capacidad de discernir su rol como cuidadoras, puesto que en algunas ocasiones, al no tener el conocimiento respecto al TDM, sobreprotegen en demasía a sus hijos, evitando que ellos se hagan responsables de su propio tratamiento.

*“[...] A veces me digo no voy a estar tan al pendiente porque luego mi esposo se molesta, ¡ay! es que tú alucinas... ves telarañas... creo que ando sobre de ella, sobreprotegiéndola... acosándola, a lo mejor de tanto que veo, oigo, no sé [...]”
señora L*

*“[...] No entiendo lo que le pasa pero me da miedo y para saber qué es lo que pasa, mejor dejo que haga lo que ella quiera [...]”
señora G*

*“[...] al ser la única persona con la que puede platicar mi niña, porque mis papás no saben qué pasa con ella y se lleva mal con su papá, pues si quiere venir aquí a que la traten, pues la traigo, si no quiere venir pues no venimos, si quiere dinero para salir se lo doy, busco de dónde, si no quiere salir pues me quedo con ella... si llora, pues lloro con ella [...]”
señora M*

*“[...] me dio insomnio, me bajaba a leer mi biblia, mi libro de oración y al otro día me sentía muy cansada, fatigada, sin ánimo.... Quería dormir y no podía y otra vez el mismo cuento.... Insomnio, cansancio, irritabilidad [...]”
sic L*

*“[...] Ver así a mi hijo me costaba lágrimas, me sentía impotente porque no sabía lo que tenía que hacer. Sentía impotencia, sentía dolor, era una cajita de emociones, las vivía, las lloraba en donde nadie me viera, en el baño, en el trabajo, a veces en los camiones...Me enfermé también porque ya no encontraba el dolor por donde salir [...]”
señora A*

Sin embargo, es relevante subrayar que en uno de los casos se estableció claramente la responsabilidad que tienen como CPI, al ser un apoyo fundamental en la adherencia terapéutica que deben tener sus hijos al tratamiento biopsicosocial de la depresión.

“[...] Me grabé en la mente que yo era la mamá y que tenía que... enfrentarlo a lado de mi hijo, agarré a mi hijo de la mano y dije vamos a ver a dónde vamos, pero vamos a ir juntos a donde quiera y como sea y llegamos aquí con ustedes [...]”
señora A

Por otro lado, cabe destacar que a partir de las vivencias de las entrevistadas, la principal *área impactada* por desempeñar el rol de CPI a partir del diagnóstico de TDM en sus hijos, fue el *área emocional* que ven reflejada principalmente en *consecuencias físicas* como el cansancio, lo cual se puede enmarcar en lo que se conoce como *carga subjetiva* del cuidador, la cual pone en riesgo su calidad de vida.

“[...] Yo le he pedido tanto a Dios que me dé la fortaleza que necesito pero pues es un poco complicado porque la vida, las actividades de todos han cambiado, ahora yo tengo que trabajar y mantener todo y hay ocasiones en las que me duele la cabeza, me dan ganas de llorar, me da frío, me da calor, me a mi telele y me tengo que aguar porque soy la mamá, soy el eje... [...]” Señora A

“[...] Me cansa y me frustra que luego, este, en que luego yo nada más estoy a la expectativa de cómo va a llegar, en que me da preocupación en saber cómo va a llegar, en qué estado va a llegar, si va a llegar tranquila o si va a llegar enojada, si va a estar con nosotros o se va a llegar a encerrar, porque sus hermanas la culpan mucho y también le atribuyen que el estar allá encerrada se está culpando que no estuvo con su papá, porque aunque lo veía enfermo, ella llegaba y se encerraba y me dice que nada más me manipula, y entonces me empiezo a sentir cansada, no me da sueño, no me da hambre sólo por estar pensando en mi hija, en como ella la está pasando mal, y siento una impotencia de no saber qué hacer ni con ella ni conmigo [...]” Señora G

Siguiendo esta línea, la vivencia emocional en las CPI favoreció la *expresión de emociones de malestar*, las cuales deben ser atendidas adecuadamente porque son un factor de riesgo para que las propias entrevistadas desarrollen algún tipo de problema emocional.

“[...] Me duele su tristeza y me hace sentir muy mal a mí [...]” Señora M

“[...] No encuentro palabras de cómo decirlo, cómo explicarlo, el ver a toda mi familia, este, así... es muy difícil, tener a veces hasta, hasta tener que fingir que no pasa nada delante de los demás es muy pesado para mí [...]” señora A

“[...]Recordar esos momentos cuando mi hijo estaba tan mal me duele bastante, el ver a mi hijo así, caí también yo creo que en una tristeza inmensa, una impotencia, una desesperanza..., ya no sabía qué hacer, ya no sabía, no sabía qué hacer pero ahora creo que es una gran lección que la vida me ha regalado [...]” señora A

“[...] empecé a tomar alcohol, me sentía bien porque me quitaba el hambre según yo y sobre todo, no me permitía pensar en la enfermedad de mi hija [...]” señora L

Es importante de señalar que algunas CPI mencionaron que el hecho de no conocer los factores de riesgo y protección en la depresión, así como su tratamiento y evolución, impactó en la forma en cómo vivieron la enfermedad en sus hijos y en la toma de decisiones que eligieron al ser responsables del cuidado de ellos.

“[...] una vez mi hija dijo que ya no quería nada, que ya se quería morir y le dije: Hija, es que no me digas esto, es lo único que puedo hacer por ti, no puedo hacer nada más, si tú me dices que esto no te sirve, entonces ¿qué hago? [...]” sic M

“[...] Comienzo a sentir molestia porque me da coraje que ella se encierra y no sé qué hacer [...]” señora G

“[...] Me siento a veces con mucha soledad, ver a mi hijo así me entristece, pero entender que es una enfermedad pues me da ánimos, me siento con ganas de luchar, de seguir, de creer que todo va a estar mejor y que lo que he decidido para su tratamiento ha sido lo mejor que he podido. Siento miedo pero... pero ahora ya digo:

bueno, ahí vamos, trabajando, ahí vamos viendo qué se puede hacer porque hay que vivir [...]" señora A

"[...] De repente me siento en el limbo, de repente... me... estoy... siento como que... por qué yo o estoy mal, estamos mal, no sé qué este pasando [...]" señora L

Hasta este momento el lector se puede percatar que el rol tradicional que se ha asignado a la mujer como cuidadora y proveedora afectiva de los integrantes del sistema familiar, genera en ellas un desgaste físico y emocional tal como se establece en la literatura, de manera que es de suma importancia brindarles información clara y concreta, no sólo de la enfermedad que padecen sus hijos, sino también de los factores de riesgo y protección que pueden tener ellas.

En conclusión, se logró evidenciar la necesidad de diseñar estrategias de intervención, que permita a las CPI primero: comprender que son seres humanos con cualidades y áreas de oportunidad que tienen que descubrir y habilitar, con la intención de que aprendan a sentirse satisfechas como personas, y posteriormente adquieran las herramientas necesarias para ejercer su rol como madres de familia a pesar de que su hijo tenga diagnosticado TDM.

"[...] Me gusta a veces conocerme y a veces me gusta platicar con la gente que me pueda decir con toda sinceridad en qué estoy mal y poder ayudarlo y ayudarme a mí, al final de día venimos a esta vida a ser felices [...]" señora M

"[...] yo quiero mucho a mi hijo y siento feo no saber a veces qué hacer, no sé cómo enfrentar lo que él vive, quiero saber qué hacer para poder ayudarlo, necesito que él siga su sueño y yo tengo toda la intención del mundo de ayudarlo ¿no? Pero a veces no sé cómo, por eso creo que es importante que ustedes como profesionistas abran espacios donde nos enseñen, y nosotras como madres nos comprometamos a ser mejores, y sobre todo apoyar a nuestros hijos con eso de la depresión [...]" sic A

"[...] Al no entender lo que pasaba tratábamos de reacomodar, de ajustarnos, pero en esos momentos cuando uno no sabe qué hacer, ni tenemos la guía de alguien que nos explique qué pasa, pues no se podía reacomodar nada y mucho menos podía apoyar a mi hija con lo que ella estaba pasando [...]" sic G

“[...] el hecho de compartir ahorita como me he sentido con la depresión de mi hija, me doy cuenta que necesito conocer más cómo ayudarla a ella, y cómo aprender a ser mejor madre y mejor ser humano, por eso ustedes como profesionistas al hacer este tipo de entrevistas nos ayudan a conocernos más y saber qué necesitamos [...]”
sic L

Para concluir, cabe enfatizar que los profesionistas del área de la salud mental no deben pasar por alto que la población objetivo junto con la que trabajan son seres humanos con emociones, sentimientos, pensamientos y conductas que siguen un sueño: el ser felices y dar lo mejor de sí mismos a las personas que los rodean.

Este es el caso de las CPI que nos permitieron entrar en su mundo para conocer su vivencia a partir de ser las responsables en el cuidado de jóvenes universitarios que, a pesar de padecer un trastorno psiquiátrico, están en el camino para lograr su proyecto profesional y de vida.

Con la información obtenida de las vivencias, experiencias y significados de las CPI de estudiantes de medicina entrevistadas para efecto de esta investigación, a continuación se explica el MEE del TDM, el cual se puede visualizar gráficamente en la figura 26.

El MEE construido está permeado por: el contexto sociocultural en el que se viven; por el desconocimiento que tienen del trastorno; por la información que han recibido de los medios de comunicación masiva que generan un estigma con respecto al TDM, y en definitiva, por su propia historia.

Estos elementos se reflejan en la conceptualización del TDM, por un lado lo percibe como un factor destructivo en la vida tanto del paciente como en la propia; y por otro, lo experimentan como una oportunidad para fortalecer su vínculo familiar. Situación que se debe a que la percepción de cada CPI está influenciada por las condiciones biológicas, psicológicas, familiares, económicas, culturales e inclusive espirituales que las envuelven.

Por otro lado, las CPI explican que las dificultades familiares fueron la principal causa para que se desarrollara el TDM en sus hijos, lo cual les genera sentimientos de culpa, enojo y frustración, que se ven reflejados en la carga subjetiva que tienen, la cual se refleja en síntomas somáticos y emocionales, poniéndolas en riesgo de padecer ellas mismas algún trastorno psiquiátrico.

Es importante destacar que las CPI comprenden que el TDM es un enfermedad multifactorial por lo que logran identificar síntomas biopsicosociales, los cuales deben ser atendidos con tratamientos alópatas y alternativos que brinden una atención integral, no solo a su hijo, sino también a ellas porque aceptan que el principal miedo que caracteriza su rol como CPI, es no brindarles las herramientas necesarias a los pacientes para que concluyan su proyecto de vida profesional.

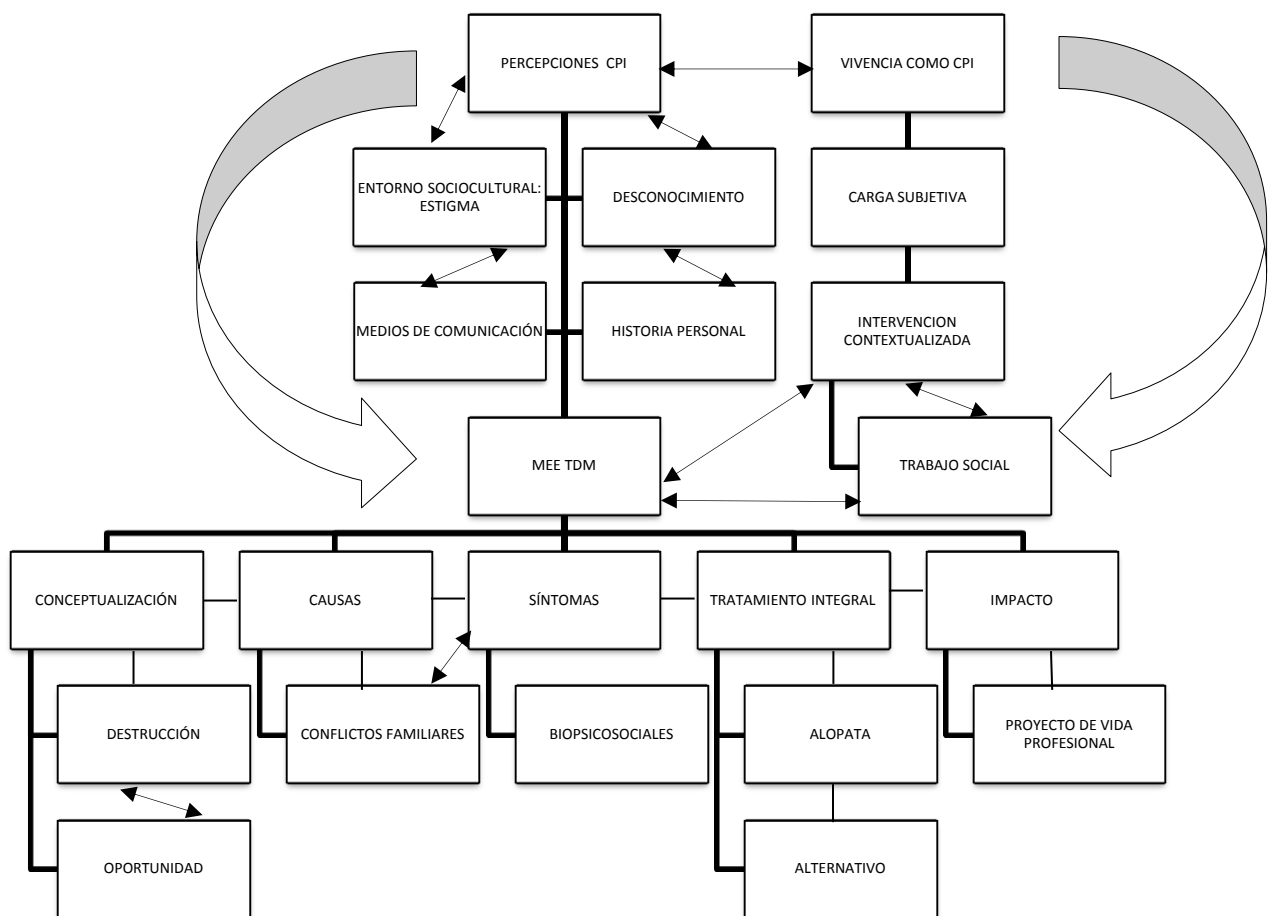


Figura 25. MEE de CPI de estudiantes de medicina

La familia es el primer grupo al que pertenece el ser humano; en ella, por medio del proceso de socialización, se conocen y aprehenden los valores, costumbres, reglas y normas sociales que permiten a los individuos convivir en otros espacios, léase: escuela, trabajo, comunidad, mundo cotidiano. Dicho de otra manera, a través de la interacción día con día que tiene una persona con sus familiares, va forjando en su interior, la forma en que entiende el mundo y gesta las habilidades y destrezas para hacerle frente a las experiencias cotidianas. De modo tal que, cuando se presenta alguna adversidad, las personas tratan de buscar, desde esos referentes, la manera de explicarse el por qué les sucede a ellos, con la finalidad de tomar decisiones para enfrentar ese infortunio.

Vargas Melgarejo⁷⁵ define a este proceso individual de aprendizaje como percepción, la cual está en constante modificación de acuerdo al momento y lugar que las personas ocupan en el mundo. Además señala que ésta, se conforma en dos planos: uno consciente en donde el individuo experimenta y reconoce ciertos acontecimientos en su vida; y el otro inconsciente, en el que se brinda un significado a esa experiencia a partir de circunstancias biológicas, históricas y culturales.

Cuando la adversidad se enfoca en el proceso salud-enfermedad, es imprescindible conocer el significado que tanto el paciente como su CPI le brindan a la enfermedad, ya que de acuerdo a esa vivencia, se proporcionará un diagnóstico y tratamiento.

Sí una persona enferma, tradicionalmente es el grupo familiar el espacio en el que se le brinda cuidado y atención para recuperar la salud, recayendo esta responsabilidad en un personaje identificado como CPI, que en la literatura científica, se ha definido como el responsable de cubrir las necesidades del paciente.^{67, 68}

En virtud de que por un lado la vivencia y los significados que los CPI otorgan a las enfermedades es un tema poco estudiado, y por otro, el acercamiento a su

subjetividad permite visualizarlos como seres humanos con emociones, sentimientos e historias, en esta investigación se buscó analizar la percepción que tienen las CPI de estudiantes de medicina respecto al TDM.

Como se expresó en los resultados, podemos hablar de que la mujer continua siendo la figura central en la satisfacción de necesidades instrumentales y afectivas, a pesar de que se ha incorporado al mundo laboral, teniendo de esta manera, una doble jornada. En ella sigue recayendo la responsabilidad del cuidado de los integrantes de su familia, principalmente sí alguno de ellos padece un trastorno psiquiátrico como la depresión. Los testimonios recabados de las entrevistadas coinciden con lo reportado en otras investigaciones, en las que se conceptualiza al CPI como una persona de sexo femenino que de forma voluntaria, decide asumir la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo.^{68, 70}

Un hallazgo que se obtuvo a través de la percepción que tienen las CPI de estudiantes de medicina respecto al sistema familiar al que pertenecen, es el sentido de pertenencia que tienen hacia él, lo cual se puede explicar a través de lo expresado por Quintero⁵², quien señala que la familia es el espacio en donde se aprende a socializar, adquirir seguridad y brindar afecto, sin importar el tipo de organización o características de la interacción que tengan entre sus integrantes.

Sin embargo, los hallazgos obtenidos en esta indagación nos permite cuestionar si el rol de cuidadora que ejercen las madres de familia de los estudiantes de medicina es realmente voluntario, o simplemente se ejerció por las condiciones familiares y sociales en la cual se encuentran inmersas. Esta interrogante se argumenta con lo expresado en diversos estudios que señalan que históricamente se ha conceptualizado que el cuidado de un familiar enfermo lo debe de realizar la mujer, porque ella es quien asume un compromiso ya sea por valores morales, circunstancias personales como el afecto hacia ese familiar, o simplemente, por el contexto sociocultural que ha determinado que la mujer sea la responsable de la salud física y mental de la familia, generándose de esta manera una feminización del cuidado.^{104, 105, 106}

Por otro lado, lo manifestado por las CPI en las entrevistas, corrobora lo reportado por García-Calvente,¹⁰⁷ quien indica que cuidar involucra el desarrollo de actividades diversas, y con frecuencia implica asumir múltiples roles de cuidado, es decir, se es cuidadora a la vez que madre, esposa, hija, ama de casa y/o trabajadora. A partir de la vivencia del rol como CPI expresada por las entrevistadas, nos pudimos percatar que ellas se encuentran en un proceso de estrés continuo que permea su estado físico y mental, generando sentimientos de malestar como frustración por no ejercer el rol de madre y cuidadora, desde su punto de vista, de forma adecuada, lo que permite especular que las entrevistadas no diferencian un rol del otro.

Lo descrito en el párrafo anterior coincide con lo reportado en dos investigaciones que señalan que los sentimientos predominantes, en el caso de las familias con pacientes psiquiátricos, son: vergüenza, culpa y negación de la enfermedad, lo que lleva al ocultamiento, secreto y eventualmente al aislamiento, en un afán de evitar que los demás (amigos y parientes), tengan noticias de la presencia de la enfermedad en su núcleo familiar. En consecuencia, se puede posponer la búsqueda de tratamiento para la persona con enfermedad mental y de apoyo social para las CPI.^{57, 59, 60}

Sin ser el objetivo de este estudio enfocarnos en las consecuencias que las madres de estudiantes universitarios tienen a partir del ejercicio del rol como cuidadoras, durante las entrevistas se visualizó en ellas: agotamiento físico, llanto, tristeza, frustración, consumo de bebidas alcohólicas, ansiedad, aislamiento y problemas económicos, que en su conjunto, se conoce en la literatura como Síndrome del Cuidador Primario, porque llegan a presentar un cuadro sintomático que es el reflejo de la carga objetiva y subjetiva que padecen al ejercer ese rol.⁶⁷⁻⁷⁰

Por ello, surge por un lado la inquietud de analizar si los efectos en su salud física y mental son ocasionados por la depresión que padecen sus hijos, o bien, son efecto de su propia circunstancia personal. Para responder este cuestionamiento debemos recordar que de acuerdo a la TGS, la familia es un sistema que está

conformado por seres humanos en constante interacción, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en alguno de ellos, repercute en todos los demás y viceversa. Sin embargo, no debemos pasar por alto que los seres humanos son individuos con características biológicas y psicológicas específicas, por lo que se considera que la presencia de la depresión en los hijos de las entrevistadas, fue un parteaguas para agudizar los síntomas que cada CPI ya tenía.⁷¹

Con relación al MEE que generaron las consultadas con respecto al TDM, tenemos que éste surgió a partir de la información que recibían del mundo externo, como los medios de comunicación masiva, los comentarios de otras personas y las tradiciones familiares, religiosas y culturales de cada una. Esta circunstancia se puede explicar a partir de la conceptualización del individuo como un ser gregario, ya que éste se encuentra en constante comunicación con los componentes sociales de la salud mental, y de esta manera, transmite entre generaciones conductas, acciones y reacciones ante un determinado evento.^{4, 59, 60, 84}

Entonces, ¿qué pasa en el sistema familiar de las CPI consultadas? Cabe señalar que los descubrimientos obtenidos en la percepción de la estructura y dinámica familiar de las entrevistadas, coinciden con indagaciones que han tenido como objetivo investigar aspectos familiares en estudiantes universitarios diagnosticados con depresión, las cuales han concluido que la familia puede ser un factor de riesgo en el proceso salud-enfermedad, debido a que presentan dificultades en la interacción, las cuales influyen en el bajo rendimiento académico de los estudiantes.^{29, 63, 64}

Lo descrito en el párrafo anterior, permite discutir si los signos y síntomas de depresión que manifestaron los hijos de las CPI fueron exacerbados por la exigencia y particularidad de la carrera de medicina, o estas condiciones ya estaban presentes en la interacción familiar, matizada por la vivencia de cada CPI.

A partir de la observación realizada en las visitas domiciliarias y el conocimiento de las percepciones respecto al TDM por parte de las CPI, podemos considerar que los signos y síntomas manifestados por los estudiantes pasaron en un principio inadvertidos, debido a que las propias entrevistadas tenían factores de riesgo que no habían sido identificados y mucho menos atendidos, lo que nos hace pensar que las consecuencias de la depresión se vivían de forma cotidiana, acostumbrándose a ellas y haciéndolas parte de su diario vivir.

Hasta este punto hemos podido dilucidar que el CPI es una parte importante desde el diagnóstico hasta el tratamiento en el TDM, sin embargo ha sido un elemento que ha pasado a segundo plano por parte del equipo de salud, debido a que en la mayoría de las ocasiones, la medicina está enfocada en aliviar el padecimiento, signos y síntomas del paciente, escenario que permite cuestionar dos puntos: ¿qué pasa con la carga que padece el cuidador? y ¿qué responsabilidad tienen los trabajadores sociales al respecto?

Para dar una respuesta al primer cuestionamiento, existen estudios que han tratado de brindar una opción de intervención a los CPI dirigidas a reducir el malestar de los cuidadores, teniendo como base de atención, los factores contextuales, los estresores y los recursos del cuidador. Entre la gama de estas intervenciones se encuentran intervenciones de respiro (casas de medio camino), grupos de autoayuda, programas psicoeducativos y psicoterapéuticos, y apoyo telefónico, que si bien han traído resultados favorables para el CPI y por ende para el paciente, consideramos que no son suficientes debido a que son esfuerzos aislados, por la visión lineal que tienen algunos integrantes del equipo de salud y por la masificación en los servicios, que impide brindar una atención más personalizada al CPI.^{108, 109, 110}

Por consiguiente, las percepciones obtenidas a partir de la vivencia de las madres, reflejan claramente la necesidad de instrumentar programas de intervención contextualizados que les brinden las herramientas necesarias para hacer frente a las consecuencias físicas, emocionales e interpersonales que trae consigo el ejercicio de ese rol, en virtud de que, el desconocimiento de lo que le pasaba a su

hijo, influyó en tres áreas importantes: 1) construcción de estigmas relacionados con el TDM; 2) obstaculización de un tratamiento oportuno y adecuado; y 3) experimentación de sentimientos de malestar hacia el trastorno, hacia ellas mismas e inclusive, hacia su hijos.^{61, 67, 71}

Un elemento importante que debe tomar en cuenta las estrategias de intervención con CPI, es la disminución del estigma que rodea a los trastornos psiquiátricos, en específico a la depresión, ya que en familias donde se encuentra un integrante diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico, se presentan dos tipos de estigma: 1) *estigma público*, que se generaliza desde la persona con enfermedad mental a su familia o que, alternativamente, pueden experimentarse por observación cuando ven la estigmatización sufrida por el familiar; y 2) *auto-estigma*, en el que la familia asimila los mensajes (procedentes de la sociedad en general, de los profesionales, de otros miembros de la familia) acerca de su responsabilidad en la enfermedad, lo que, en consecuencia, genera sentimientos de culpa.²⁴

Para dar respuesta a la interrogante del papel que tienen los trabajadores sociales en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental y en especial, en la atención de los CPI de pacientes diagnosticados con TDM, nos permitimos destacar que este profesional cuenta con los conocimientos, habilidades y destrezas para proporcionar al equipo de salud el análisis de los factores psicosociales que se involucran en los trastornos psiquiátricos, ya que éstos muchas veces son influenciados por el medio en que vive el enfermo, por sus circunstancias vitales y por la dinámica de las relaciones interpersonales.

Ante ello, es muy importante descubrir e instrumentar los recursos aptos para actuar sobre factores, ya sea contrarrestándolos (sí son negativos) o propiciándolos (sí son positivos). Esta idea se puede complementar con lo que expresa Blanco,¹⁰⁰ al enfatizar que los profesionistas que trabajan directamente con el comportamiento humano, tienen el privilegio de acercarse a la realidad que cada individuo vive e interpreta de acuerdo a los rasgos personales, los cuales prevalecen sobre su disposición al desarrollo de cierto tipo de psicopatologías, entre las cuales se encuentran el TDM.

Para cerrar esta idea, es conveniente mencionar que Gómez,¹¹¹ indica que las principales misiones del Trabajo Social en Psiquiatría son: a) prevención de la enfermedad mental mediante la detección precoz de casos potenciales, explicación de los servicios clínicos a los usuarios y, en su caso, el acompañamiento de los pacientes; b) implementación de medidas para favorecer la rehabilitación a través de la organización de grupos, y c) contribuir al conocimiento de la realidad socio-familiar del enfermo y a lograr un correcto diagnóstico mediante el informe psicosocial.

Pese a lo descrito en los tres últimos párrafos, podemos señalar que de la misma manera que el equipo de salud no reconoce los factores socioculturales en los trastornos psiquiátricos, tampoco toman en cuenta la función del trabajador social en este ámbito, por lo cual creemos que a través de la constante capacitación profesional y personal, podemos contribuir a que tanto los profesionistas, como los pacientes y familiares, conceptualicen los trastornos psiquiátricos como enfermedades con factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, y por ende, se disminuya el estigma que los envuelve.

En suma, lo anteriormente descrito, además de constituirse como una evidencia de que la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que no afecta solamente al paciente, sino que ejerce una gran afectación a las personas que lo rodean, como es el caso de las CPI, obliga como trabajadores sociales a tomar en cuenta y destacar la importancia del contexto social y cultural en el proceso de salud-enfermedad, con la intención de que a través del conocimiento de la subjetividad que tienen los involucrados en una determinada enfermedad, permita como profesionistas, intervenir con estrategias que respondan a las condiciones específicas de la población objetivo con la que se trabaje, y de esta manera, disminuir el estigma que envuelve a los trastornos psiquiátricos e impide un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Por último, reflexionamos que a pesar que esta investigación permitió documentar por primera vez la percepción que tienen las CPI de estudiantes diagnosticados con TDM que acuden a atención clínica al DPSM, y de esta forma, facilitó la

comprensión del fenómeno de la depresión, la principal limitación que se visualiza es el haberse enfocado solamente en estudiantes de medicina, lo cual conlleva a la siguiente interrogante: ¿El MEE de CPI de estudiantes universitarios de otras carreras diagnosticados con depresión en el Programa de Salud Mental de la FM será parecida? En este momento consideramos que el MEE de otros estudiantes con depresión que acuden a atención clínica al DPSM podría ser diferente porque la carrera de medicina es una profesión que mantiene a los estudiantes en un estrés continuo por la exigencia constante a la que se encuentran sujetos.

Finalmente, pensamos que los resultados obtenidos permitieron abrir una serie de interrogantes para futuras investigaciones, como es el caso de:

¿La percepción respecto al TDM que tienen las CPI se modificará cuando ellas reciban tratamiento?

¿El MEE de los estudiantes diagnosticados con TDM del DPSM coincidirá con el MEE generado por sus CPI?

¿La percepción de todos los integrantes del sistema familiar diferirá del MEE experimentado por las CPI?

¿Cuál es el MEE que experimentan los estudiantes universitarios diagnosticados con TDM que acuden a tratamiento psiquiátrico al DPSM de la FM de la UNAM?

¿Cuál es la percepción que el equipo de salud tiene respecto al rol del CPI, en el diagnóstico, tratamiento y evolución del TDM?

CONCLUSIONES

Se pretendió realizar un primer acercamiento a la percepción que tienen las CPI respecto al TDM, con la finalidad de acercarnos a la necesidad real y sentida de las entrevistadas y poder de esta manera, contribuir al tratamiento integral de los pacientes que acuden al Programa de Salud Mental del DPSM.

El abordaje metodológico seleccionado para realizar esta investigación permitió conocer de viva voz el sentir y la percepción que tienen las madres de familia respecto a la Depresión. Las técnicas utilizadas facilitaron el acercamiento y la obtención de información oportuna que permita al equipo de salud conceptualizar tanto a los pacientes como a los integrantes de su grupo primario, como seres humanos dotados de cuerpo, mente y espíritu.

Por ello, se considera que la propuesta de Kleinman⁷⁶ permitió conocer y comprender la explicación que las madres de familia de estudiantes de medicina diagnosticados con depresión realizan respecto a la enfermedad y las consecuencias que conlleva, no dejando de lado, que las CPI forman parte de un grupo conformado por diferentes personas que tienen roles y funciones establecidas de acuerdo al lugar que ocupan en la familia, de modo que, la visión sistémica permitió comprender la estructura y dinámica en la que se encuentran inmersos tanto el paciente como las entrevistadas.

Lo redactado en párrafos anteriores, permite confirmar que el marco teórico seleccionado fue el adecuado para responder a la pregunta de investigación ya que otorgó voz a las entrevistadas para identificar, verbalizar y reconocer la experiencia subjetiva que tienen como CPI; dicha experiencia se enmarca en un espacio sociocultural específico, brindando sentido y significado a las sensaciones físicas y emocionales que se vislumbran, las cuales son identificadas pero no siempre aceptadas, por la persona que se siente enferma y por aquellos que la rodean.

Para concluir este trabajo, puntualizamos que no estamos agotando el conocimiento del fenómeno de estudio, sólo tratamos de hacer una aproximación de las percepciones y significados que las CPI tienen respecto a uno de los trastornos psiquiátricos más incapacitantes de los seres humanos: el TDM, el cual hasta el momento, muchas de las personas involucradas (pacientes y familiares), no la conciben como una enfermedad que debe ser atendida desde diferentes aristas, tanto por el equipo de salud del cual forma parte el trabajador social, como desde el propio paciente, familia e inclusive la sociedad.

FUENTES CONSULTADAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia: autor.
2. Schutz, A. (2003). El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu.
3. Soriano, J.A. & Baldero, A. (2002). Familia de origen y familia creada en la historia de la depresión, *Revista Redes*, 9, 73-87.
4. Berenzon, S & Vargas, I. (2011). Salud mental y sociedad. En De la Fuente, JR & Heinze, M (Eds.), *Salud Mental y Medicina Psicológica* (pp. 12-21). México: Mc Graw Hill.
5. De la Fuente, JR. (2011). Salud mental global. En De la Fuente, JR & Heinze, M (Eds.), *Salud Mental y Medicina Psicológica* (pp. 6-11). México: Mc Graw Hill.
6. Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción de Salud Mental*. México: autor.
7. Berger, P. & Luckmann, T (1994). *La construcción social de la realidad*, 12ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu.
8. Organización Mundial de la Salud. (1996). *CIE 10 trastornos mentales y del comportamiento: pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. [Versión electrónica]* Consultado: 20, abril, 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43979/1/9788487548284_spa.pdf?ua=1
9. Miralles, M., Sancho, J., Martínez, M., Sanz, F., Carbó, J & Sánchez, C. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. [Versión electrónica]*. Barcelona: Masson.
10. Asociación Psiquiátrica Americana. (2013) *DSM-V: Manifestaciones psicósomáticas de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
11. Berlanga, C; Camarena, E; Díaz, A & Heinze, G. (2010). Enfermedad Depresiva. En Díaz, A. (Comp.), *Guía Clínica para el Diagnóstico y el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. Consenso 2010* (pp.1-57). México: Selling Perfect Advertising S. A. de C. V.
12. Secretaría de Salud. (2001). *Programa Específico de Depresión 2001-2006*. México: autor.

13. Sistema Nacional de Salud. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la depresión mayor en el adulto*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
14. Heinze, G. (2005). Nuevos retos en la enfermedad depresiva. En Díaz, A. (Comp.), *Ramón de la Fuente Muñiz: 50 años de labor universitaria*, (pp. 445-455). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.
15. Lara, MA., Navarro, C. & Navarrete. L (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México*, 46(5), 378-387.
16. Medina-Mora, ME., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. & et al. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
17. Lara, MA., Luna, MS. & Acevedo, M. (2009). *Ayudando a mujeres con depresión: intervención psicoeducativa*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz, Pax.
18. Caraveo, J., Colmenares, E. & Saldívar, G. (1999). Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México. *Salud Mental, Número especial*, 62-67.
19. Frenk, J., Lozano, R & González, MA. (1994). *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
20. Lara, M., Medina-Mora, ME., Borgues, G. & Zambrano J. (2007). Social Cost of Mental Disorders: Disability and Work Days Lost. Results from the Mexican Survery of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11.
21. Gater, R., Sousa, AE, De, B., Barrientos, G., Caraveo, J., Chandrashekar, CR & Sartorius, N. (1991). Las vías para la atención psiquiátrica: Un estudio transcultural. *Medicina Psicológica*, 21(03), 761-774.
22. Berenzon, S. (2002). *La medicina tradicional urbana como recurso alternativa para el tratamiento de problemas de salud mental*. Tesis para optar por el grado de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

23. Lara, A. (2002). *Una propuesta de atención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención*. Tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
24. Muñoz, M; Pérez, E; Crespo, M & Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense, S. A.
25. Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. & Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3, (001), 17-25.
26. Martínez-Otero, V. (2010). Sintomatología Depresiva en Universitarios: estudio de una muestra de alumnos de pedagogía. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 2-18.
27. Amézquita, ME., González, RE. & Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(004), 341-356.
28. Agudelo, D., Casadiegos, C. & Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
29. Riveros, M., Hernández, H. & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10 (1), 2007, 91-102.
30. Balanza, S., Morales, I., Guerrero, J. & Conesa, A. (2008). Fiabilidad y Validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicosociofamiliares durante el curso 2004-2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82(2), 189-200.
31. Campo, A., Díaz, LA., Ruedas, GE. & Barrios, G. (2005). Validación de la Escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24(001), 54-62.
32. Valencia, G. (2010). Riesgo de depresión en estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Libre de Pereira. *Cultura del cuidado enfermería*, 7(2), 15-27.

33. Gutiérrez, JA, Montoya, LP, Toro, BE, Briñón, MA, Rosas, E & Salazar, LE. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), 7-17.
34. Carballo, JL, Marín, M, Pons, C, Espada, JP, Piqueras, JA & Orgilés, M. (2011). Diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas y psicofármacos entre estudiantes de medicina y psicología en época de exámenes. *Health and Addictions*, 11(1), 19-30.
35. Miranda, CA., Gutiérrez, JC., Bernal, F& Andrés, C. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(03), 251-260.
36. Rodríguez, NY, Ríos, MR, Lozano, LR & Álvarez, MA. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo, *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(2), 245-260.
37. Osornio, L & Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 1-2.
38. González, MT, Landero, R & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México, *Rev Panam Salud Pública*, 25(2), 141-145.
39. González-Forteza, C, Solís, C, Jiménez, A, Hernández, I, González-González, A, Juárez, F & *et al.* (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior en la Ciudad de México, *Salud Mental*, 34(1), 53-59.
40. González-Forteza, C, García, G, Medina-Mora, ME & Sánchez, MA. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios, *Salud Mental*, 21(2), 1-9.
41. Joffre, VM., Martínez, G., García, G& Sánchez, L. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(14), 86-93.
42. Universidad Nacional Autónoma de México (2009). ¿Qué es la UNAM? [versión electrónica]. Consultado: 20, diciembre, 2012. Disponible en: http://www.unam.mx/acercaunam/es/pdf/QueEsUNAM_Espaniol.pdf

43. Manelic, H & Ortega, H. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón, *Salud Mental*, 18(2), 31-34.
44. Sánchez de Tagle, R, Osornio, L, Heshiki, I & Garcés, LE. (2008). Hábitos de estudio y rendimiento escolar en alumnos regulares e irregulares de la carrera de médico cirujano de la FESI, UNAM, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(2), 1-17.
45. Flores, R, Jiménez, SD, Pérez, S, Ramírez, PB & Vega, C. (2007). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10(2), 94-105.
46. González-González, A, Juárez, F, Solís, C, González-Forteza, C, Jiménez, A, Medina-Mora, MA & et al. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura, *Rev Panam Salud Pública*, 25(2), 141-145.
47. Rosete, MG. (2003). La salud mental vs. Rendimiento académico en alumnos de las carreras de Medicina, Psicología y Odontología de la FES Zaragoza, *Seminarios de Diagnóstico Locales*, 56, 1-10.
48. Coffin, N, Álvarez, M & Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
49. Heinze, G, Vargas, I & Cortés, JF. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM, *Salud Mental*, 31(5), 343-350.
50. López, J, González, M, Ávila, I & Teos, O. (2009). Condicionantes epidemiológicos de salud y su relación con rendimiento escolar en el primer año de la carrera de medicina. Estudio de dos generaciones. *Gac Méd Mex*, 146(2), 81-90.
51. Leñero, L. (1976). *La familia*. México: Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, Programa Nacional de Formación de Profesores.

52. Quintero, A. (1997). *Trabajo Social y procesos familiares*. Argentina: Lumen/Hvmanitas.
53. Espejel, E. (1997). *Manual para la escala de funcionamiento familiar*. Instituto de la Familia, A. C. México.
54. Velasco, M & Sinibaldi, J. *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
55. Herzlich, C., & Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo, *Cuadernos Médicos Sociales*, 43, 343-350.21-30
56. Chamorro, A, Argoty, P, Córdoba, S, López, L & López, A. (2009) Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico. *Ciencias de la Salud*, 11(1), 31-38.
57. Muñoz, L, Price, Y, Reyes, M & Costa, M (2010). Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista de la Escuela de Enfermería*, 44(1), 32-39.
58. Maganto, C. (1993). Relaciones familiares y salud: alternativas terapéuticas. En Yarnóz, S (Ed.), *Las relaciones interpersonales* (pp. 49-60). San Sebastián: Universidad del País Vasco & Ayuntamiento de San Sebastián
59. Pezo, MC, Komura, L. & Costa, M (2004). La depresión incluida en la historia de la familia. *Texto & Contecto Enfermagem*, Universidad Federal de Santa Catarina, 13 (004), 511-518.
60. Pezo, MC, Costa, M & Komura, L. (2004). La familia conviviendo con la depresión: de la incompreensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index de Enfermería* [versión electrónica], 13 (47), 31-41. Consultado: 20, diciembre, 2011. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000300003&script=sci_arttext
61. Leyva, R, Hernández, A, Jiménez, G & López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (3), 225-232.
62. Fernández, MA. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 47 (06), 251-254.

63. Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruíz, I. & Campo, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 637-644.
64. Gaviria, S, Rodríguez, M & Álvarez, M. (2002). Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(1), 41-46.
65. Osornio, L., García, L., Méndez Cruz, AR & Garcés Rodante, LR. (2009). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 11-15.
66. López, M, Orueta, R, Gómez-Caro, S, Sánchez, A, Sánchez, A, Carmona, J & Alonso, F. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Cli Med Fam*, 2(7), 332-334.
67. Cruz Ortiz, M. (2012). *Necesidades de apoyo en personas con enfermedad mental severa y carga familiar en cuidadores primarios en México*. Tesis para obtener el grado de Doctora en Discapacidad, Ediciones Universidad Salamanca.
68. Domínguez, G, Zavala, M, De la Cruz, D & Ramírez, M. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México: enero a mayo de 2008. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander*, 23, 28-37.
69. Martínez, L., Robles, M., Ramos, B., Santiesteban, F., García, M., Morales, M & García, L (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20, 23-29.
70. Torres, A & Pinilla, M. (2003) Perfil de los cuidadores de enfermos mentales. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 5(1-2), 11-17.
71. Isla, P. (2000). El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados*; 7 (8):187-194.

72. Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
73. Kleinman, A. (1988). *The Illness narratives: suffering, healing, and the human condition Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. New York: Basic Books
74. Vargas Huicochea, I. (2009). *Percepción de la enfermedad, prácticas de atención a la salud y contexto familiar en pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
75. Vargas Melgarejo, LM. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
76. Huicochea, L. (2012). *Cultura, ideología, creencias, representaciones sociales, tradiciones, habitus*. Apuntes de clase. Curso de Antropología Médica ECOSUR (Clases 3, 4, 5). Agosto, 2012.
77. Viscarret, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
78. Giberti, E. (2005). Las perspectivas teóricas en las organizaciones familiares, en: *La familia a pesar de todo*, Buenos Aires: Novedades Educativas.
79. Palomar, M & Suárez, E. (1993). El modelo sistémico en el Trabajo Social Familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. *Alternativas, cuadernos de Trabajo Social*, 2, 169-184.
80. Minuchin, P & Colapinto, J. (2000). *Pobreza, Institución, Familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
81. Camacho, AY & Robelo, OM. (2004). *La dinámica familiar de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
82. Saucedo, JM & Maldonado, JM. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social.

83. Heinze, G. (2011). *Informe Anual de autoevaluación 2011*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Psicología Psiquiatría y Salud Mental. Documento no publicado.
84. Ferré, C. (2008) Dimensiones de cuidado familiar en la depresión: un estudio etnográfico. *Index Enfer*, 17(3), 178-182.
85. Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9 (1), 123-146.
86. Taylor, SJ & Bogdan, R. (1987/1998) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (4ª reimpresión). España: Paidós.
87. Rodríguez-Salvador, M., Portero, E., Martínez, J., Rodríguez-Camero, M., Rodríguez-Díaz., C & Ferre, M. (2008). El debate entre investigación cualitativa y cuantitativa y su impacto en la práctica enfermera basada en la evidencia. *Revista electrónica internacional para el cuidado del paciente crítico*, 8(1), 17-24.
88. Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: una opción para el profesional de enfermería.
89. Fuentes, Y., Dueñas, N., Pérez, JM., Mosquera, B., Rojas., Y., Vitón., E & Vázquez, M. (2010). La aplicación de la fenomenología y la teoría fundamentada en una investigación social comunitaria. *Revista Digital Sociedad de la Información* [versión electrónica], 21 (4), Consultado: 05, abril, 2015. Disponible en: <http://www.sociedadelainformacion.com/21/aplicacion.pdf>
90. De Andrea, ND. (2010). Perspectiva cualitativa y cuantitativa en investigación ¿inconmensurables? *Fundamentos en Humanidades*, Universidad Nacional de San Luis, Argentina, XI (21), 53-66.
91. González C. (2003). La visita domiciliaria: una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Servicios sociales y política social*, 61, 63-86.
92. Kawulich, B. (2006). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal], 6(2), Consultado: 05, abril, 2015. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430>

93. Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks California: Sage Publications.
94. Vargas Huicochea, I. (2013). *La vida a partir de la bipolaridad: percepción de la enfermedad en pacientes y familiares*. Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
95. Crespo, MC & Salamanca, AB (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27, 1-4.
96. Mc Goldrick, M & Gerson, R. (2003). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
97. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Banco de información*, Consultado: 15, mayo, 2015. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/default.aspx>
98. Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Cinta de Moebio*, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, 4, 251-254.
99. Ballenato, G. (2007) La enfermedad crónica. Jaque al sistema familiar. *Prensa Familia Siglo XXI*, Madrid, 16-19.
100. Blanco Julio, JL (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 46-51.
101. Montero, I. (2005). Módulo de Salud Mental en: *Programa de formación de Formadores/as en perspectiva de género en salud*, Universidad Complutense de Madrid. 1-22.
102. Holmgren, G., Lermenda, S., Cortés, V., Cárdenas, M., Aguirre, A., & Valenzuela, A. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43(4), 275-286.
103. Espín Andrade, A. M. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 1-10.
104. Valderrama, M. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres? *Vasconia, Cuadernos de Historia – Geografía*, 35, 373-385.
105. Pezo, M., Souza, N. & Costa, M. (2004). La mujer responsable de la salud de la familia. *Index Enferm*, 13(46), 13-17.

106. Vaquiro, S. & Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, XVI (2), 9-16.
107. García-Calvente MM., Mateo-Rodríguez, I. & Maroto-Navarro, G. (2004) El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*, 18 (supl 2), 83-92.
108. Lozada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. & Knight, B. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15(1), 57-76.
109. Torres, P., Ballesteros, E., Sánchez, P. & Gejo, A. Programas, intervenciones y redes de apoyo a cuidadores informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas formales y el apoyo informal. (2008). *Nursing*, 26(6), 56-61.
110. Romero, S., Villamizar, B. & Rueda L. (2011). *Salud UIS*, 43(2), 191-201.
111. Gómez Lavín, C. Zapata García, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Ediciones Eunate, 358 pp.

Anexo 1. Guía de entrevista para cuidadores primarios de pacientes con TDM

Categoría 1. Percepción de la estructura y dinámica familiar de la familia de procreación.

Objetivo: Investigar la percepción que tiene el entrevistado de la estructura, dinámica y contexto sociocultural de su familia de procreación.

- **Estructura familiar:**
 - a. Nombre
 - b. Edad
 - c. Escolaridad
 - d. Ocupación
 - e. Rasgos físicos o mentales importantes
 - f. Descripción
 - g. Ubicar los integrantes que cohabitan
 - h. Parentesco que desempeña la cuidadora primaria con respecto al paciente
 - a) Significado para la cuidadora el nacimiento del/a paciente
 - b) Significado para la cuidadora de que el paciente sea un estudiante universitario
 - c) Significado para la cuidadora de que el paciente estudie la carrera de Médico Cirujano
 - i. Jerarquía
 - j. Límites
 - k. Alianzas
 - l. Territorio
- **Aspectos socioculturales**
 - a. Lugar de origen y residencia de la familia
 - b. Actividades económicas
 - c. Actividades sociales
 - d. Actividades culturales
- **Dinámica familiar**
 - a. Roles
 - b. Comunicación
 - c. Control de conducta
 - d. Afectos

Preguntas detonantes

- ¿Quién conforma su familia?
- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Qué escolaridad tiene?
- ¿A qué se dedica?
- ¿Cómo lo puede describir?
- ¿Tiene alguna enfermedad? ¿Tiene tratamiento?
- ¿Qué parentesco tiene con el paciente?

- ¿Qué significa para usted que haya nacido el paciente?
- ¿Qué significa para usted que el paciente esté cursando una carrera universitaria?
- ¿Qué significa para usted que el paciente haya elegido la carrera de médico cirujano?
- ¿Dónde habitan actualmente?
- ¿Hace cuánto tiempo llegaron aquí?
- ¿Sabe cuál es la historia de la colonia?
- ¿Cuál es la principal actividad económica de la colonia?
- ¿Cuál es la principal actividad cultural de la colonia?
- ¿Cuál es la principal festividad?
- ¿Cómo puede describir la relación cotidiana entre su familia?
- ¿Quién identifica problemas en la familia?
- ¿Cómo se expresan las dificultades en familia?
- ¿Quién los resuelve?
- ¿Qué pasa si no se resuelven?
- ¿cómo se expresan las vivencias cotidianas entre la familia?
- ¿Qué pasa cuando se expresa alegría?
- ¿Qué pasa cuando se expresa enojo?
- ¿Quién es el encargado de proveer lo necesario para cubrir las necesidades de la familia?
- ¿Cómo se decidió?
- ¿Qué opinan los integrantes de la familia de esa decisión?
- Cuando algún integrante de la familia tiene alguna dificultad, ¿cómo reaccionan los integrantes de la familia?
- ¿Cómo reacciona la familia ante un éxito de algún integrante?
- ¿Cómo reacciona la familia ante un fracaso de algún integrante?
- ¿Qué pasa en los integrantes de la familia cuando alguien expresa alguna emoción en la vida cotidiana?
- La reacción se modifica si es de alegría, tristeza o enojo, ¿por qué?
- ¿Qué pasa en los integrantes de la familia cuando alguien expresa llanto?
- ¿existen reglas o normas para los integrantes de la familia?
- ¿Cuáles son?
- ¿Quién las propuso?
- ¿Qué pasa cuando no se cumplen?

Nota: Para la “estructura familiar” se puede realizar un genograma, mismo que permitirá corroborar con el entrevistado la descripción de dicha estructura e, incluso, algunos aspectos de la dinámica familiar.

Categoría 2. MEEs del TDM

Objetivo: Investigar la percepción del entrevistado alrededor del TDM y la forma en que ha estructurado sus modelos explicativos con respecto a la enfermedad

- **Percepción del TDM**
 - a. Percepción del término depresión
 - b. Percepción de los síntomas de depresión
 - c. Percepción de las causas de la depresión
 - d. Percepción del tratamiento de la depresión
 - e. Percepción del impacto de TDM

Preguntas detonantes

- Cuando escucha la palabra Depresión, ¿Qué es lo primero que le viene a la mente?
- ¿Cómo puede identificar que alguien está deprimido?
- ¿Por qué?
- ¿Ha estado cerca de alguna persona que esté deprimida?
- ¿Cómo reacciona usted cuando está cerca de una persona deprimida?
- ¿Cuáles cree usted que sean las causas de la Depresión?
- ¿Considera que la Depresión y el Trastorno Depresivo Mayor es lo mismo?
- ¿Qué piensa usted cuando escucha Trastorno Depresivo Mayor?
- ¿Cuál considera usted que sea el tratamiento para problemas del ánimo?
- ¿Qué opina del consumo de psicofármacos?
- ¿En qué momento se percató que su familiar se encontraba teniendo cambios en su ánimo?
- ¿Qué cambios observó?
- ¿Qué realizaron al respecto?
- ¿Quién lo decidió?
- ¿Por qué?
- Cuando le explicaron que su paciente tenía TDM, ¿Qué sintió y pensó?
- ¿Qué cree que le va a suceder a su familiar?
- ¿Tiene algún miedo respecto a la situación por la que está atravesando su familiar?
- ¿A partir de los cambios en la conducta, pensamiento y ánimo de su familiar, se modificó la interacción familiar?
- ¿Qué cambios identifica?
- ¿En qué situaciones?
- ¿Cómo lo han resuelto?
- Desde su punto de vista, ¿Cómo ha afectado esta situación a su familiar?

Categoría 3. Percepción de sí mismo como CPI

Objetivo: Investigar la percepción del entrevistado, como CPI de un paciente con TDM

- **Identificación y vivencia como cuidador**
 - a. Experiencia en sí mismo
 - b. Percepción del impacto (en el cuidador) de los síntomas en su familiar
 - c. Percepción de apoyos y obstáculos para desempeñar su papel de cuidador
 - d. Búsqueda de ayuda para sí mismo
 - e. Miedos o temores hacia su propia persona
 - f. Miedos o temores en relación a la modificación o ausencia de su figura como cuidador
 - g. Necesidades percibidas

Preguntas detonantes:

- ¿Quién apoya en el cuidado de su familiar?
- ¿Por qué considera que su familiar lo eligió para que lo entrevistara?
- A partir del apoyo que brinda a su familiar, ¿su vida cotidiana se ha modificado?
- ¿De qué manera?
- ¿Los cambios en el estado de ánimo, conducta y pensamiento de su familiar ha influido en usted de alguna manera? ¿Cómo?
- Durante el proceso de atención a su familiar, ¿Qué obstáculos se han presentado?
- ¿Cómo los ha resuelto?
- Durante el proceso de atención a su familiar, ¿Qué apoyos se han presentado?
- ¿De qué manera le han servido?
- A partir del tratamiento que ha recibido su familiar, ¿ha buscado algún apoyo profesional para usted?
- ¿De qué tipo?
- ¿Por qué motivo?
- ¿A partir de esta vivencia, ha surgido algún miedo o temor hacia su persona?
- ¿Qué pasaría si usted ya no pudiera apoyar en el cuidado de su familiar?
- ¿De qué forma podría apoyarlos?

Anexo 2. Guía de observación

CLAVE: MTSTDM-01

Fecha:

Hora de inicio y término:

Nombre del CPI

Dirección:

Ubicación	Vivienda	Servicios públicos	Medios de transporte	Actividades económicas

Anexo 3. Registro Comité de Ética

Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
COMISIONES DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA

Fecha: 17-Enero-2012.

Proyecto No. 147-2011

Título: Dinámica familiar de pacientes con trastorno depresivo mayor que asisten al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México: Una visión cualitativa.

Responsable: **GERHARD HEINZE MARTIN**, Profesor Titular "C" T.C.


Departamento: Psiquiatría y Salud Mental.

Comentarios de las Comisiones

Se decide **APROBAR** el proyecto con las siguientes observaciones:

1. Deberá incluir los criterios de exclusión y eliminación.
2. Referir cómo se realizó el cálculo del tamaño de la muestra.

Se solicita incluir las observaciones y remitirnos la versión final para su archivo y control.


GRD, ETF

CIEFM-Hoja de dictamen

Este proyecto se mantendrá vigente en los registros de la División de Investigación por un periodo máximo de 5 años.

Anexo 4. Carta de consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Modelo Explicativo del Trastorno Depresivo Mayor en estudiantes de medicina: percepción del cuidador primario informal

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) conocido coloquialmente como Depresión, es una enfermedad que deteriora seriamente la calidad de vida de quien la padece y de su grupo inmediato: la familia. Es una enfermedad y como tal no es susceptible de ser manejada a voluntad. Es frecuente confundir el TDM con tristeza, considerándola sencillamente una mala condición anímica; sin embargo, estar deprimido no significa únicamente estar triste, debido a que en el paciente se manifiestan condiciones biológicas como: insomnio, pérdida de peso, cansancio, falta de energía e impulso; psicológicas como: apatía y desmotivación; escolares como: bajo rendimiento académico y deserción; entre otras. Situaciones que repercuten en la interacción satisfactoria con sus seres queridos, favoreciendo que los integrantes de la familia experimenten sentimientos de malestar como frustración y enojo. En este orden de ideas, le comunico que esta investigación tiene como finalidad conocer su experiencia y percepción que tiene como cuidador primario respecto al TDM, para que en un segundo momento se diseñe una propuesta de intervención que responda a las necesidades que experimenta como familiar y cuidador principal de estudiantes diagnosticados con depresión. Por ello en caso de que usted desee colaborar en este estudio, me permito comunicarle que se aplicarán las entrevistas necesarias en su domicilio o lugar que usted designe, con la finalidad de conocer quien conforma su familia, cuál la relación cotidiana entre ustedes, y saber la vivencia que tiene respecto a las causas, consecuencias y tratamiento del TDM

Con la finalidad de brindarle una atención con calidad y calidez, se le pedirá autorización para audiograbar la entrevista, con la intención de no perder detalle alguno de la información tan relevante que compartirá conmigo. Asimismo si usted lo autoriza, se tomará fotografía de la fachada de su domicilio, con la intención de contar con una evidencia gráfica. En este sentido, la mayor molestia que puede experimentar durante la entrevista es el recordar eventos dolorosos y expresar sentimientos como llanto; sin embargo, en todo momento estará acompañado por un profesional de la salud mental, y en caso de requerir una intervención médica, se acudirá con el profesionalista necesario.

Por último, le comento que tanto sus datos personales como la información que proporcione son totalmente confidenciales, por lo que en cualquier momento puede preguntar la utilización que se haga de la información, o bien, dejar de participar en esta investigación, sin que ello afecte el tratamiento que su familiar recibe en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

He recibido una explicación clara y completa, por parte de la Lic. Olga Marina Robelo Zarza, respecto a la naturaleza y propósito de este estudio. He podido preguntar mis dudas sobre los aspectos de la investigación, y en caso de ser necesario, podré contactarla a teléfono 56232127.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del cuidador
primario