



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**"HISTORIA DE VIDA DE PERSONAS CON
DEPRESIÓN EN LA PERSPECTIVA DE LA
FAMILIA"**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN
ENFERMERÍA**

AUTORES:

BACH. ENF. ALVITEZ MORILLO JOHN ALEJANDRO

BACH. ENF. LIZA PUICAN ROSA DEL CARMEN

BACH. ENF. RUBIO CHÁVARRY MATILDE LUCÍA DE FÁTIMA

ASESORA:

MG. BARRUETO MIREN OLVIDO IDALIA

**LAMBAYEQUE - PERÚ
2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**“HISTORIA DE VIDA DE PERSONAS CON
DEPRESIÓN EN LA PERSPECTIVA DE LA
FAMILIA”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN
ENFERMERÍA**

AUTORES:

BACH. ENF. ALVITEZ MORILLO JOHN ALEJANDRO

BACH. ENF. LIZA PUICAN ROSA DEL CARMEN

BACH. ENF. RUBIO CHÁVARRY MATILDE LUCÍA DE FÁTIMA

ASESORA:

MG. BARRUETO MIRES, OLVIDO IDALIA

LAMBAYEQUE – PERÚ

2015

“Historia de vida de personas con depresión en la perspectiva de la familia”



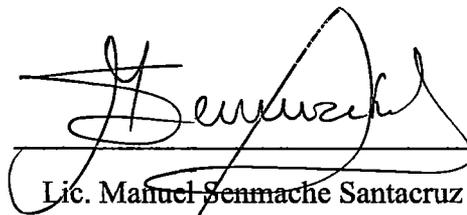
Lic. María Lina Dávila Chévez

PRESIDENTA



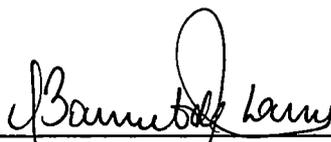
Dra. María Concepción Pezo Silva

SECRETARIA



Lic. Manuel Sennache Santacruz

VOCAL



Mg. Olvido Idalia Barrueto Mires

ASESORA

DEDICATORIA

A nuestras familias quienes nos apoyaron en cada momento de nuestra vida y sobre todo en esta etapa importante, por compartir cada pequeño logro con nosotros e incentivarnos a seguir adelante sin importar las dificultades.

A nuestra asesora de tesis la Mg. Olvido Barrueto Mires, por reflejar siempre la esencia de una enfermera de respeto, por inspirarnos a querer alcanzar las metas que ella ha logrado y más; y ofrecernos su tiempo y cariño.

Los Autores

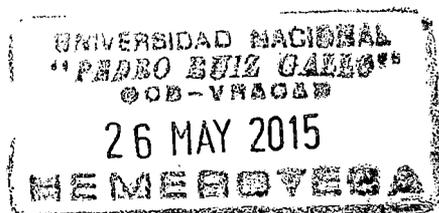
AGRADECIMIENTO

A Dios por ser quien nos guía en nuestra vocación y gracias a Él hemos logrado la realización y culminación de nuestra tesis.

A nuestra asesora la Mg. Olvido Idalia Barrueto de Larrea, por su apoyo y colaboración en la culminación del presente trabajo de investigación.

A las familias que participaron de manera voluntaria en nuestra investigación, enseñándonos a través de sus vivencias a ser fuertes y humanitarios con el prójimo.

Los Autores



ÍNDICE

Resumen	9
Abstract	10
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	19
2.2. Bases Teóricas Conceptuales	20
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de investigación	32
3.2. Abordaje	32
3.3. Población y Muestra	39
3.4. Escenario	41
3.5. Procedimiento para la recolección de datos	41
3.6. Tratamiento de la información	44
3.7. Rigor Científico	45
3.8. Aspectos Éticos	46
CAPÍTULO IV: RESULTADO Y DISCUSIÓN	
4.1. Historias de vida	51
4.2. Presentación de categorías y subcategorías	74

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES	109
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES	113
Referencias Bibliográficas	115
Anexos	

RESUMEN

Las personas con depresión generalmente viven con sus familiares, en quienes encuentran la primera fuente de apoyo y que dependen considerablemente del grado de responsabilidad que éstos asuman con respecto al cuidado que necesitan, para poder afrontar el proceso de salud enfermedad en el que se encuentran. Sin embargo, muchas veces el cuidado del personal de salud se centra exclusivamente en la persona deprimida, dejando de lado a la familia sin tener en cuenta cómo les afecta la enfermedad de su familiar y el cómo lo afrontan. El objetivo de la presente investigación fue comprender la historia de vida de los familiares que conviven con un miembro con depresión. La investigación fue de tipo cualitativa con abordaje de historia de vida, cuya muestra estuvo constituida por seis familias con un miembro con depresión que estuvieron hospitalizados en algún servicio de psiquiatría de un hospital de ESSALUD de la provincia de Chiclayo. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semi estructurada abierta a profundidad y la observación. Del análisis temático de los datos emergieron las siguientes categorías: *“Cuando un problema conlleva al desequilibrio emocional”*; *“La familia en búsqueda del diagnóstico”*; *“Sentimientos de la familia frente a la depresión del familiar”*, *“Influencia de la presencia del miembro con depresión en la familia”*. Consideraciones finales: La depresión en un inicio pasa desapercibida por la familia, siendo confundida por simples cambios en el estado de ánimo, por tristeza eventual o falta de voluntad. La sobrecarga que se genera en la familia al convivir con un familiar deprimido, conlleva a la aparición de sentimientos de angustia, desesperanza, impotencia, entre otros; viéndose afectados sus momentos de ocio y actividades en general, las cuales pasan a un segundo plano al tener que dedicarse al cuidado de su familiar. Ante estas circunstancias, la familia hace uso de distintos mecanismos de afrontamiento que dependerán muchas veces de la personalidad de cada cuidador y de las redes de apoyo a las que recurran.

Palabras Claves: Depresión, familia, cuidado, afrontamiento.

ABSTRACT

Depressed people suffer a significant reduction in their quality of life: enjoy very little, cry often sleep badly, feel exhausted, are irritable and even sometimes want to die. Which is perceived as a nightmare, a very unpleasant situation.

However, depressed people live, usually with their families, who are the primary source of support they are; depending on the responsibility of care they take for them to meet the health-disease process in which they are, but many care focuses only on the depressed person leaving the side to the caregiver but what about them? How affected by the problem? How to face this predicament?.

The objective of this research was to understand the life history of family living with a carrier member of depression. This is a qualitative research approach life history whose sample consisted of six family caregivers of a carrier member of depression who were hospitalized in the Department of Psychiatry hospital ESSALUD, in the province of Chiclayo; used for data collection in-depth semi-structured interviews and observation. From the analysis of the data emerged the following categories: When a problem leads to emotional imbalance, the process of knowing the diagnosis, feelings towards the family bearer of depression after learning the diagnosis, Depression: past, present and future. Final Thoughts: At first the Depression goes unnoticed, being attributed to moods and sadness and lack of will. Regarding the caregiver, the overhead generated live with his family depressed, leading to the emergence of feelings of anguish and despair, seeing diminished their leisure time and leaving aside its activities in general, before this circumstance resort to various coping mechanisms , which will often depend on the personality of each caregiver and support networks to which they come.

Keywords: depression, family, carer, Support networks.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El origen de la familia se remonta a los albores de la humanidad. La primera forma de vida familiar fue el clan, donde se manifestó la solidaridad entre los hombres, ésta era una forma primitiva de la unión, destinada a lograr una posibilidad de defensa y de supervivencia en un medio natural hostil para el hombre.¹

La familia no es la misma en nuestros días de lo que fue hace siglos atrás, su forma y estructura fue cambiando, así como los tipos de organización familiar. Estos tipos de familia que se han sucedido a lo largo de la historia y determinan las diferentes etapas que hoy caracterizan la evolución de la institución familiar.

A medida que se fueron descubriendo nuevas formas de la organización económica y social, el hombre fue cambiando su forma de vida, dando origen al desarrollo de diferentes actividades que permitieron lograr el bienestar de su familia.¹

Ello permitió prever el futuro de una sociedad, así como también reflexionar sobre el porqué somos de una forma y no de otra, porqué actuamos de esta manera, porqué nos orientamos en determinado sentido. En esto radica la importancia de la familia para el individuo, la sociedad y en especial para el proceso Salud-Enfermedad.²

Los cambios radicales y el rápido suceder de los acontecimientos socioeconómicos en nuestra época, además de otros factores y agentes, actúan en

forma constante sobre el ser humano exigiéndole a luchar por mantener o recuperar su equilibrio psico-somático, que es susceptible a quebrarse.²

Lo antes mencionado nos llevó a afirmar que en la vida se presentan diversos sucesos que alteran el comportamiento y dinámica familiar; como en el caso de una familia informada que un miembro de su hogar, especialmente valioso, padece de una enfermedad mental.

A nivel Mundial, unas 450 millones de personas en todo el mundo padecen algún tipo de trastorno mental³, y el problema no es el aislar al individuo; por el contrario, con frecuencia es el derrumbamiento de fuentes normales de apoyo social; especialmente de la familia, aunque el individuo contribuye a ese derrumbamiento, no es solo él el que se deteriora y se destruye, también son los sistemas de los cuales hace parte a través de la familia, escuela o el trabajo, mediante la religión o simplemente la amistad. Podemos decir que estos sistemas han fracasado en su papel de apoyo.⁴

Actualmente, la depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para el año 2020, estará situada en segundo lugar puesto que a nivel mundial afecta a 121 millones de personas y es responsable de 850.000 muertes anuales.⁵

Una de cada 5 personas, sufrirá de depresión en algún momento de su vida y en el Perú se calcula que un 12% aproximadamente la sufre. La prevalencia de los trastornos depresivo en los establecimientos de Salud del MINSA, fue del 4.8 % en 1997 y de 5.1 % en 1998, según el CIE – 10, respecto a episodios depresivos

registro en Lima y Callao 18.2% (2002), en la Sierra 16.2 % (2003), y en la selva 21.4 % (2004).⁴

La presencia de un pariente con depresión en el hogar, demanda en los miembros de la familia actitudes y comportamientos con respecto al proceso de la enfermedad mental o del mismo proceso del cuidado. A su vez las personas que sufren de un trastorno mental, pueden representar para la familia un conjunto de repercusiones, tanto en el campo de la interacción de tipo emocional, como en actividades de ocio, domésticas y de situación económica.

Aunque el perfil de los cuidadores es muy variado; por lo general se trata de los familiares más cercanos los que se hacen cargo de una gran cantidad de tareas en el cuidado de su familiar pero haciendo un escaso uso de los sistemas de apoyo formal, hecho que les pone en una situación de alta vulnerabilidad, debido a que el ritmo de vida del cuidador será de acuerdo a las condiciones del cuidado del familiar enfermo. El estilo de vida de la familia cambia , sus momentos de ocio se ven disminuidos, sus relaciones amicales se restringirán y su cansancio físico incrementará con el pasar del tiempo.

En un Hospital de Nivel III-1 de la ciudad de Chiclayo, llegan a hospitalizarse personas con distintos trastornos mentales, entre ellos, pacientes con depresión, los cuales de acuerdo a la observación realizada por los investigadores durante sus prácticas realizadas en el área de psiquiatría de dicho hospital, vienen acompañados por sus familiares. En ellos se observaron expresiones de tristeza, angustia, temor e incluso expresiones de vergüenza y llanto, ante la conducta de su familiar con depresión.

De otro lado las diferentes prácticas comunitarias realizadas, en el transcurso de la carrera profesional de los investigadores, que incluían visitas domiciliarias en las diferentes comunidades del Departamento, les permitieron encontrar familias que convivían con uno o más miembros con depresión quienes mostraban ciertas actitudes negativas y de rechazo al ser visitados por los estudiantes, atendiendo solo en la puerta de la casa o no mostrando al familiar con depresión, a quien se le observaba descuido en el arreglo personal y estado de higiene.

En otros casos las familias manifestaban su deseo de ser ayudados y desesperación por saber cómo hacer frente a las manifestaciones de la depresión de su familiar, tales como no querer comer, aislarse en su cuarto, llanto inmotivado, tristeza, entre otros.

Las situaciones antes descritas llevaron a los investigadores a formular las siguientes interrogantes: ¿Cómo tomaron los familiares la noticia de que su familiar había sido diagnosticado con depresión? ¿A qué causas atribuye la familia la depresión que presenta el pariente? ¿La presencia de un pariente con depresión, qué produce en la familia en relación a la sociedad? ¿La convivencia con un pariente con depresión cómo afecta a la dinámica familiar? ¿Cómo es el proceso de adaptación de la familia al convivir con un integrante con depresión? ¿Qué estrategias utiliza la familia para enfrentar la enfermedad?

Las interrogantes planteadas, permitió la formulación del problema de investigación: ¿Cómo es la experiencia vida de personas con depresión en la

perspectiva de la familia? Siendo el objeto de estudio la experiencia de los familiares que conviven con un familiar con depresión.

El objetivo general que guió la investigación fue comprender la historia de vida de los familiares que conviven con un miembro con depresión.

La presente investigación se justifica porque la depresión es un problema a nivel mundial, nacional y local que surge por múltiples razones y que muchas veces se ve confundida con actitudes caprichosas u de otra índole, teniendo un impacto significativo tanto en la persona con depresión como en la familia, por tal motivo y teniendo en cuenta que es parte de la responsabilidad del enfermero y del equipo de salud brindar un cuidado integral a la persona, además de incluir al sujeto del cuidado, hace partícipe a las personas y al entorno que lo rodea.

Además se encontraron diversos trabajos de investigación que se interesaban más por conocer sobre el mismo proceso de la enfermedad o de los cuidados, pero muy pocos trabajos se preocuparon por conocer al entorno que rodea al paciente con depresión, como es el caso de la familia.

La investigación beneficiará, tanto al paciente como a la familia, ya que al comprender el impacto y las respuestas que la enfermedad mental causa sobre esta unidad, permitirá plantear acciones para mejorar la estabilidad y mecanismos de afrontamiento de los miembros de la familia, asimismo permitirá apoyar de manera eficaz y eficiente al mejoramiento de la salud del paciente con trastorno mental.

Esta investigación también servirá como fuente bibliográfica y aporte significativo en la realización de futuras investigaciones relacionadas con la familia y sus parientes con depresión, además de una fuente de enriquecimiento de conocimientos y comprensión de la implicancia de la familia como parte del cuidado de la persona con depresión para el profesional de enfermería.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera.

Capítulo I: Introducción, el cual contiene la realidad problemática, el problema, los objetivos, la justificación e importancia.

Capítulo II: Marco teórico, aquí presentamos los antecedentes y bases teóricas conceptuales.

Capítulo III: Marco metodológico, contiene el tipo de investigación, abordaje, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, tratamiento de la información, rigor científico y principios éticos.

Capítulo IV: Resultados y Discusión, presenta las historias de vida, las categorías y subcategorías, el análisis y discusión.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Apéndice: Entrevista semi estructurada abierta a profundidad y consentimiento informado.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

A nivel Internacional se encontraron las siguientes investigaciones

Domínguez J, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo M (2011) realizaron una investigación denominada Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes, en distintos centros de Salud de España cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores principales de pacientes dependientes según la Ley 39/2006 de atención a la dependencia. Los resultados obtenidos fueron que la presencia de depresión se relaciona con: cuidador no remunerado, parentesco, diagnóstico previo de ansiedad y depresión, consumir psicofármacos. Los investigadores concluyeron que el apoyo social percibido por los cuidadores tiene un papel importante en la aparición de estos trastornos, y que existe una estrecha relación entre trastornos afectivos como son ansiedad y depresión en relación con las personas que asumen la carga de cuidados de un paciente dependiente⁸

A nivel Nacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Pezo M., Komura L., Costa M. (2002) en su investigación denominada La depresión incluida en la historia de la familia, a 13 familias peruanas que conviven uno de sus miembros con el diagnóstico de depresión, cuyo objetivo fue describir las vivencias del portador de depresión y sus familiares en el proceso de inserción de la enfermedad en la familia, obtuvieron como resultados que la depresión es causada por diversos factores, ocasiona la aparición de muchos

sentimientos y genera incomodidad además de ser una carga pesada para la familia.

En su consideración final refirieron respecto a la necesidad de que la asistencia sea extendida a los familiares de las personas que sufren este trastorno.⁹

A nivel Local, no se encontraron estudios que sirvan de base para la presente investigación.

2.2. Base Teórica Conceptual

La enfermedad mental, concepto enmarcado en la psiquiatría y medicina, son condiciones médicas que alteran los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo e interrumpen el pensamiento, los sentimientos, el humor, la habilidad de relacionarse con otros y el funcionamiento diario de una persona. Esta condición es considerada como anormal, respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.^{10 y 11}

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental, el término "trastorno mental"; término empleado por la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); sistemas clasificatorios de las psicopatologías más importantes; sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales, dado que el término "enfermedad mental" puede asociarse a estigmatización social. Por estas razones, este término está en desuso y se usa más trastorno mental, o psicopatología.¹²

La idea trastorno remite directamente a la condición anormal o no natural de un individuo de acuerdo a los parámetros establecidos por la naturaleza. Los cuales pueden hacerse presentes en el ser humano de diversas maneras.¹³

Otra definición conceptualiza al trastorno como una alteración o perturbación de una función orgánica, estado mórbido mental o psíquico¹⁴ o como cualquiera de los síndromes psicológicos o conductuales importantes, caracterizados por la presencia de síntomas distresantes, deterioro del funcionamiento o importante aumento del riesgo de muerte, dolor o cualquier incapacidad¹⁵.

A la vez un trastorno mental puede ser conceptualizado como un estado patológico que se caracteriza por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada, que puede tener origen orgánico o funcional¹⁶.

Debido a que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y ante la ausencia de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades, podemos definir al trastorno como un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica

Se consideran enfermedades mentales a los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión.¹⁷ Entre las enfermedades mentales serias se encuentran: la depresión, la esquizofrenia, el

trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno de pánico, el estrés post-traumático (PTSD por sus siglas en inglés), y el trastorno de la personalidad ¹¹

En la historia del concepto de depresión, como en el de otros conceptos en psiquiatría, nos encontramos con una larga evolución, no sólo a nivel teórico, sino también a nivel cultural. A este respecto y centrándonos en este ámbito de las depresiones, los cambios culturales contemporáneos relacionados con este afecto o humor son muchos más rápidos y profundos que en los descritos en todos los siglos pasados desde la formulación del concepto de melancolía por los antiguos griegos.¹⁸

El termino depresión deriva del latín *depressio*, que significa ‘opresión’, ‘encogimiento’ o ‘abatimiento’ y según la OMS, define depresión como un trastorno mental frecuente y discapacitante, una de las principales causas de discapacidad, que afecta a 350 millones de personas de todas las edades en el mundo¹⁹. Requiere tratamiento y se genera por la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos.²⁰

De los conceptos mencionados anteriormente podemos definir depresión como el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, disminución de la vitalidad, pérdida de confianza, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

El capítulo V del CIE 10, se dedica a la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento, la cual divide a la Depresión, a partir del episodio depresivo y según los Criterios de la OMS²¹.

Un Episodio Depresivo, en la persona que lo padece implica la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Entre otras manifestaciones en las que se incluyen: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño, etc.²²

Episodio Depresivo Leve, consiste en la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado más intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.²²

Una persona con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.²²

Episodio depresivo moderado, para ser considerado como tal deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos: El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad;

así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.²²

Una persona con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.²²

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, se caracteriza por presentar la persona, una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.²²

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, es aquel que satisface las pautas establecidas para el diagnóstico de Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o

ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo²²

Trastorno depresivo recurrente, se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado, o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo suficientes para satisfacer las pautas de manía. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables.²³

Por lo mencionado anteriormente, se puede percibir que las personas que padecen depresión sufren una sensible reducción en su calidad de vida: disfrutan de muy pocas cosas, lloran a menudo, duermen mal, se sienten exhaustos, están irritables e incluso, a veces quieren morir. Pero hay que recordar que las personas deprimidas viven, habitualmente con sus familiares, por este motivo la depresión afecta no sólo a quienes la padecen, sino también al entorno que le rodea: amigos, compañeros de trabajo pero principalmente a la familia

Según la OMS²⁴, la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella. Además también define como parte del paciente al “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos

lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que por lo general, están ligadas por lazos de parentescos, convirtiéndose en un sistema de redes de apoyo entre sus miembros que mantiene una dinámica y una funcionalidad acorde a sus necesidades y a las necesidades de cada individuo.

La familia, a lo largo de su ciclo vital, se enfrenta con numerosas situaciones que pueden producir ruptura de su homeostasis, como son las enfermedades graves o crónicas, dificultades económicas, crisis producidas en los cambios de las etapas del desarrollo familiar (formación, extensión, contracción). Ante estas situaciones, el funcionamiento de la familia, puede seguir dos caminos diferentes: o poner en marcha mecanismos de adaptación para lograr nuevamente el equilibrio o la crisis familiar.²⁸

Estos mecanismos de adaptación y de apoyo se denominan recursos de afrontamiento; de la cantidad y calidad de ellos dependerá el funcionamiento familiar. La homeostasis familiar depende de dos fuerzas antagónicas: los acontecimientos estresantes que actúan negativamente, el apoyo y los recursos familiares que actúan en forma positiva y compensadora.²⁸

La familia presenta estructuras distintas y diferentes forma de vivir, de acuerdo a quienes la constituyen y cuál es su función dentro de ella, por tal razón se ha dado distintas clasificaciones de la familia del cual se debe tener en cuenta sus distintos aspectos²⁴:

De acuerdo a su estructura: La familia nuclear es el grupo formado por los miembros de una pareja, sus hijos no casados si los hay, se distingue de la familia

extendida, en la que conviven varios núcleos familiares, familia monoparental: padre o la madre y los hijos, familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, pero sin estar casados y familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que comparten la expresión y el compromiso sexual²⁴.

En base a su integración: familia integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente, familia semi-integrada: no cumplen sus funciones y familia desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio²⁴.

La familia según Novel²⁹, trata de satisfacer las necesidades de sus miembros entre ellas las necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, las de estima y de autorrealización; proporcionando además el desarrollo psicológico de cada uno de sus miembros. El autor señala que la sobreprotección puede dar lugar a comportamientos dependientes en exceso que le hagan incapaz para manejar los problemas que se le presenten y de crecer psicológicamente a partir de estas experiencias. Por el contrario, la falta de interés, de protección o de atención y de apoyo puede dar lugar a sentimientos de rechazo, de impotencia, desamparo así como disminución de la autoestima y un pobre concepto de sí mismo.

Dentro del desarrollo de la dinámica familiar, encontramos diferentes factores que pueden afectar la armonía familiar. La enfermedad es un factor de

riesgo familiar, el cual puede ser percibido como un evento estresante alterando la dinámica de la familia y llevándola a la máxima vulnerabilidad³⁰.

Ante una situación de enfermedad que altere la dinámica familiar, aparece el cuidador cuyo perfil está ligado al vínculo familiar, sexo, estado civil, edad, nivel educativo, situación laboral, nivel socioeconómico que asimismo va a influir en el cuidado brindado a la persona.³¹

De hecho, las personas que asumen el cuidado de una persona con problemas de dependencia suelen experimentar el estrés presente en los cuidadores que depende de una primera evaluación sobre lo amenazante o perjudicial de la situación, así como de sus propias capacidades a la hora de cuidar a su familiar.

Teniendo en cuenta que el objetivo del estudio es comprender la historia de vida de personas con depresión en la perspectiva de la familia, resulta necesario definir dicho termino que tiene la misma conceptualización que trayectoria de vida.

La trayectoria de vida de una persona y en particular las actividades cotidianas, pueden definirse como el camino o ruta, curso, evolución o recorrido a través de una secuencia de eventos y que puede ser analizado desde la perspectiva de la dinámica relacional, sin embargo ésta tiende a ser confundida con el pasado de una vida, que no es lo mismo. La información sobre actividades, roles y crisis en la trayectoria personal, se asocia necesariamente a datos sobre vínculos interpersonales que delimitan dominios y cambian con el tiempo ^{32 y 33}

En enfermería, encontramos teorías encaminadas al cuidado de la persona, y, familia. Podemos mencionar a Leininger, quien define dos conceptos importantes: la diversidad de los cuidados culturales y la universalidad de los cuidados culturales.³⁴

En cuanto al primero es una variación y/o diferencia en los significados, modelos, valores, modos de vista o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos con el fin de ayudar, facilitar o apoyar medidas asistenciales dirigidas a las personas. El segundo término se define como significados, modelos y estilos de vida o símbolos comunes semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que diversas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a otras personas³⁴

También se encuentra el modelo de la doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, quien sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.³⁵

CAPÍTULO III

III. MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo fue de tipo cualitativa que como indica su denominación, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, Buscando un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad.³⁶

La investigación cualitativa, busca comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual; como vive, se comporta, que piensa, cuáles son sus actitudes y cómo actúan las personas entre otros.³⁶

3.2. Diseño o Abordaje

La investigación se trabajó con el abordaje de “**Historia Oral**”, el cual presenta un interés por considerar el ámbito subjetivo de la experiencia humana concreta, como lo expresaron los sujetos sociales considerados; y porque se intentó destacar y centrar su análisis en la visión —y versión— de experiencia de los actores sociales con que se relaciona. En la historia oral se trata siempre de recopilar un conjunto de relatos personales que den cuenta de la vida y de la experiencia de los narradores -o informantes- entrevistados.³⁷

La historia oral implica la percepción del pasado como algo que tiene continuidad y de quien su proceso histórico no está acabado. La presencia del pasado en el presente inmediato de las personas es la razón de ser de la historia oral. Ésta metodología puede darse en tres modalidades: “historia de vida”,

“historia oral temática” y “tradición oral”; donde cada modalidad posee sus particularidades.³⁷

Armstrong manifiesta que la historia de vida narra una historia o historias de vida, con el propósito de obtener conocimiento de las realidades de la vida de individuos, el cual se obtiene haciendo que los participantes cuenten la historia de su vida, incluyendo los sentimientos subjetivos, intenciones, motivaciones y pensamientos asociados con una particular serie de eventos.³⁸

Denzín define la historia de vida como el conjunto de métodos de investigación diseñada para despertar experiencias y definiciones mantenidas por una persona, un grupo o una organización obteniendo conocimiento de la realidad de vida de aquellos individuos incluyendo sentimientos, intenciones asociadas con una conducta particular descritos cronológicamente.³⁹

La historia de vida permitió describir en detalle las experiencias vividas por cada uno de los miembros de la familia de la persona con depresión y de esta manera se pudo conocer la vida privada de cada una de ellas, ubicando dichos eventos de forma secuencial o cronológica.

Mckernan⁴⁰ alude a tres tipos de historias de vida: completas, temáticas y editadas. Las historias de vidas completas son aquellas que cubren la extensión de la vida o carrera profesional del sujeto. Las temáticas comparten muchos rasgos de las historias de vidas completas, pero delimitan la investigación a un tema, asunto o período de la vida del sujeto, realizando una exploración a fondo del mismo. Las historias de vida editadas, ya sean completas o temáticas, se

caracterizan por la intercalación de comentarios y explicaciones de otra persona que no es el sujeto principal.

Para esta investigación se utilizó el tipo de investigación temática ya que se tomó como punto de inicio de la historia del familiar de una persona con depresión, desde la aparición de los primeros signos de la enfermedad, continuando con el periodo de diagnóstico y tratamiento de la misma hasta la actualidad, con el fin de comprender la historia de vida de cada miembro de la familia siguiendo una línea de tiempo.

Para Ruíz Olabuenágana,⁴⁰ los objetivos de la historia de vida, como método de investigación, son captar la totalidad de una experiencia biográfica desde el yo íntimo a todos cuantos entran en relación significativa con la vida de una persona; captar la ambigüedad y el cambio; captar la visión subjetiva con la que uno mismo se ve a sí mismo y al mundo, cómo interpreta su conducta y la de los demás, cómo atribuye méritos e impugna responsabilidades a sí mismo y a los otros; y descubrir las claves de interpretación de fenómenos sociales de ámbito general e histórico que sólo encuentran explicación adecuada a través de la experiencia personal de los individuos concretos.

La aplicación de ésta técnica metodológica, se realizó en base a las siguientes etapas que propone Cornejo.⁴¹

Antes de la recolección

Previo al inicio de la etapa de la recolección de datos, se definieron los aspectos centrales que guiaron todo el proceso de recolección y análisis de los

datos y, sentándose las bases fundamentales de la investigación. A esta fase se le conoce como el momento preliminar, aquí se discutieron aspectos relativos a la pregunta de investigación, la relación de los investigadores con el tema y, finalmente a las bases conceptuales y teóricas que articularon y orientaron la investigación.

Legrand³⁰ propone que, antes de comenzar la recolección del primer relato, el investigador debe realizar dos elecciones ineludibles: el tema de la investigación y el ángulo de ataque de ese tema, una pregunta fundamental hacia éste.

Además dos operaciones se imponen a ser realizadas: una puesta en disposición clínica que trabaje sobre el vínculo previo con el tema a investigar y que intente dilucidarlo: ¿Por qué la elección del tema? ¿Por qué investigarlo? ¿Para qué investigarlo? ¿El interés surge de una experiencia personal? ¿Cuál?; y una preparación teórica, ésta adquiere en general la forma de una revisión crítica de la literatura científica pertinente al tema, orientada a aumentar las potencialidades de la investigación, dotándose de un bagaje conceptual que profundice la comprensión del objeto de estudio.³⁰

En la investigación esta primera fase fue trabajada en base a la problemática actual del aumento de la morbilidad con respecto a la Depresión y las experiencias por las que pasan los familiares de éstas personas. A partir de ello los investigadores se plantearon la pregunta y el enfoque de la investigación, se justificó el por qué y la importancia de la investigación los cuales fueron

reforzados con la revisión de la literatura que ayudó a comprender el objeto de estudio.

Contacto, Negociaciones y Contrato

Una vez construido el objeto de estudio, iniciado el proceso de puesta en disposición clínica y orientada la preparación teórica⁴¹, fue necesario diseñar la forma y procedimientos que se utilizaron para contactar y convocar a potenciales participantes.

En la fase de contacto, se definieron criterios respecto a las personas participantes, cómo les contactamos, el tipo de información que les entregamos, la información que incluyó en el consentimiento informado, que se realizó de manera reflexionada y velando en cada momento por la coherencia de la investigación y la ética que todo proceso investigativo debe cuidar.

El número de narradores, se obtuvo teniendo en cuenta las características, propósitos y orientaciones particulares de la investigación, todas estas inmersas en los criterios de inclusión y exclusión, y el tiempo del que dispuso el sujeto. La investigación contó con la participación de seis familias que convivían con un miembro portador de depresión.

En los encuentros se entregó a los participantes información referente al contenido y objetivos de la investigación, así como los procedimientos que implicaron su participación. Se les comunicó acerca de nuestro interés por comprender el papel que ha ocupado y el sentido que ha tenido cada hecho en su historia de vida, la cual reconstruimos con él. Y a medida que los encuentros se

desarrollaron, se fueron incluyendo preguntas de profundización, que apuntaron a la clarificación de informaciones que quedaron incompletas respecto a ciertos momentos de la historia.

Se tuvo en cuenta el consentimiento de los participantes ya que la investigación con relatos de vida enfatiza en la importancia del consentimiento informado y en la necesidad de tener presente la libertad que tiene el sujeto para aceptar o rechazar la propuesta realizada en cualquier momento de la investigación. (Apéndice N° 01)

Otro aspecto que considerado fue la presentación de los investigadores a los potenciales participantes o personas que sirvieron de contacto con ellos, a quienes se les informó acerca de la Institución Universitaria de procedencia y el objetivo de investigación, solicitándoles su colaboración. Asimismo se les explicó cómo es que los investigadores llegaron a ellos.

A través de las direcciones proporcionadas en el despacho de Servicio Social de un hospital de la ciudad de Chiclayo, se hizo el contacto con las personas que cumplieron con los criterios de inclusión a quienes los investigadores se presentaron y dieron a conocer aspectos relacionados al tema de la investigación, los objetivos, justificación e importancia de la investigación, de modo que aceptaron, firmaron el consentimiento informado y se coordinó a seguir, el día y hora del próximo encuentro. Durante estos encuentros se utilizó una grabadora de audio, se especificaron cuántos encuentros se tendrían, su duración, cada qué tiempo, el día y la fecha de los encuentros, los mismos que fueron consignados en el cuaderno de campo.

Durante el trabajo de campo con relatos de vida, los participantes se implicaron y comprometieron fuertemente con sus historias, reobservándolas, examinándolas, conmoviéndose y reactualizando sus sufrimientos, respecto a momentos particularmente difíciles y dolorosos.⁴¹

El narrador más que un informante, es un sujeto interpelado en su historia. En éste recae la necesidad de realizar una elaboración a través del relato, que demanda un mínimo de tiempo y que exige una pluralidad de encuentros que permitan retomar estas reflexiones. Debemos tener clara la idea que los relatos de vida no son ni la vida misma, ni la historia misma, sino una reconstrucción realizada en el momento preciso de la narración y en la relación específica con un narratorio.

Los relatos de vida serán entonces siempre construcciones, versiones de la historia que un narrador relata a un narratorio particular, en un momento particular de su vida.⁴¹

Los relatos fueron transcritos en su totalidad, conservando en lo posible toda su riqueza en las transcripciones, las faltas de lenguaje, lapsus, titubeos, así como los silencios o pausas de los narradores en ciertos pasajes del relato.

Se entregó las transcripciones de los relatos grabados, en cada encuentro, al narrador, de manera que pudo revisarse y hablarse sobre él en el encuentro siguiente. Fueron considerados aspectos como la duración y conducción de la entrevista: la duración de cada encuentro se determinó por la dinámica específica y el tipo de relación que se construyó con el narrador, tiempo suficiente tanto para

el narrador como narratorio que permitió mantener su capacidad de escucha y la producción de un material rico.

Según Lainé y Legrand⁴¹ las entrevistas deben ser conducidas a la luz de los criterios de la no directividad: una escucha calurosa, una comprensión empática y una neutralidad benévola.

Los investigadores tuvieron en cuenta el tiempo que recomienda la literatura, sin embargo éste fue modificado en algunos casos por el sujeto de estudio, considerando su disponibilidad y comodidad, usando un cronograma flexible para los encuentros que nos permitió mantener una relación de empatía y comprensión con el narrador o entrevistado.

El Análisis de la Redacción

Por último se realizó el análisis de los relatos que estuvieron en función del objeto de estudio y del tipo de resultados que se desean obtener; a partir de los relatos se realizaron la categorización de las variables y el análisis de cada una de ellas, para luego dar paso a la construcción de las conclusiones de la investigación.

3.3. Población y Muestra

Dentro de la Historia de Vida, la población es considerada como *colonia*, que está definida por los patrones generales o trazos preponderantes que ligan la trayectoria de las personas. Ésta constituye la población a ser estudiada³⁷

En la investigación, los familiares que conviven con su pariente con depresión, formaron la colonia

Conformación de la red: La red es la subdivisión de la colonia, a través de la cual se tratará de definir los parámetros en relación a quiénes deben ser o no entrevistados.⁴⁰ Es por eso que se establecieron criterios de inclusión y exclusión lo que a su vez permitió determinar la muestra.

Criterios de inclusión:

- Familias nucleares con un miembro con depresión. Ésta familia está formada por un padre, una madre y sus hijos biológicos que viven en un mismo hogar, los cuales al tener lazos de unión más profundos y arraigados y al estar en contacto con el familiar con depresión, percibirán el impacto negativo de la enfermedad sobre ellos, viéndose afectados emocional y cognitivamente en su conducta de la vida cotidiana así como en la percepción del sentido de la vida.
- Familias con un miembro con diagnóstico de depresión de cualquier tipo.
- Familias que tienen un miembro que en algún momento de su vida fueron diagnosticado con depresión.

Red o muestra: La muestra fue seleccionada por los investigadores.

3.4. Escenario:

Institucional

El escenario para el desarrollo de la investigación estuvo constituido por el servicio de Psiquiatría de un hospital del tercer nivel de ESSALUD ubicado en la ciudad de Chiclayo, en donde se atienden pacientes con diferentes trastornos mentales. En éste servicio en coordinación con la oficina de servicio social se obtuvieron las direcciones de los domicilios de las familias que reunían los criterios de inclusión.

Escenario familiar

A partir de esto nos dirigimos a los hogares de las familias con un miembro portador de depresión que radican en el departamento de Lambayeque. En este escenario se entrevistaron a los participantes, a quienes se les aplicó el instrumento de recolección de datos.

3.5. Procedimiento de Recolección de Datos:

La historia de vida contiene una descripción de los acontecimientos y las experiencias importantes de una persona o un aspecto, obra trascendental en las propias palabras del protagonista.²⁷

Pasa por tres momentos importantes según Meyhi:⁴² La entrevista, la confección del documento escrito y el análisis.

La entrevista se llevó a cabo teniendo en cuenta los siguientes momentos:

La pre entrevista: que tuvo como objetivo conocer a las personas que participaron en la investigación, verificando que cumplan con los criterios de inclusión de la investigación.

Se buscó un ambiente de diálogo orientado a conocer más al objeto de estudio, para lo cual se creó un clima de confianza que permitió contrastar las ideas que los colaboradores tenían sobre el estudio, aclarando las dudas de los participantes, explicando los objetivos de la investigación y finalmente confirmando su participación mediante el consentimiento informado.

La entrevista: Se empleó la entrevista de tipo semi estructurada abierta a profundidad.

Las preguntas estuvieron divididas en dos tipos: las principales, que fueron las que guiaron toda la entrevista; y las secundarias, que permitieron tomar datos que el objeto de estudio no mencionó y que fueron importantes para la investigación.

Esta entrevista fue realizada a los familiares que convivían con un pariente portador de depresión, se utilizó una grabadora de audio para recopilar lo expresado durante la entrevista y un cuaderno de campo donde se registraron las expresiones captadas por los investigadores.

La post entrevista: Es un periodo importante entre la entrevista y la confección del texto final, permite mantener el contacto con los colaboradores en estudio.

Se visitaron a los colaboradores con la finalidad de generar confianza, lo que permitió conocer más de sus vidas, obtener datos y detalles que pasaron desapercibidos en las entrevistas anteriores para poder plasmarlas en la redacción del documento final.

El segundo momento fue la elaboración del documento escrito que consistió en pasar la información de lo oral a escrito, buscando mantener el sentido intencional dado por los colaboradores en la entrevista y observación directa. Tuvo dos momentos

a. Transcripción:

Fue el paso de la grabación a lo escrito, consta de tres pasos.

a.1. Edición:

Pasamos de la narrativa oral a lo escrito, se redactó teniendo en cuenta el sentido intencional del familiar, considerando las expresiones afectivas, el clima emocional, las palabras o expresiones y todo aquello que no pudo ser captado en una grabación y que fueron anotados en el cuaderno de campo.

a.2. Textualización:

Se realizó la fusión de las preguntas con las respuestas, para que el texto fuese de mayor dominio, resaltando palabras claves, estableciendo ideas centrales y aquellas repeticiones o elementos que pudieron ser dispensados de la narrativa, escogiendo lo que se llama de epígrafe o tono vital, el cual constituyó el título que resume la historia de vida de cada participante.

a.3. Transcreación:

Se escribió el discurso junto a las situaciones y manifestaciones de emociones anotadas en el cuaderno de campo.

b. Conferencia:

En ella se mostró y confrontó con los participantes los datos redactados de las entrevistas, comprobando si lo plasmado estaba acorde con lo manifestado o si deseaban omitir ciertos sucesos. De esta manera se aplicó el principio de confirmabilidad al establecer el grado con el que los resultados fueron determinados por los informantes y no por los prejuicios del investigador.

3.6. Tratamiento de la Información:

El último momento de la investigación fue dado por el análisis temático.

El análisis temático de contenido es un conjunto de los métodos y técnicas de investigación destinados a facilitar la descripción sistemática de los componentes semánticos y formales de todo tipo de mensaje, y la formulación de inferencias válidas acerca de los datos reunidos.⁴³

Se procedió entonces al análisis temático de los discursos, siendo transcritos de modo que quedasen claros y sin alterar la idea del sujeto de estudio.

El análisis en conjunto de estos elementos, permitieron la identificación de unidades de significado, que fueron transformados en subcategorías y categorías, discutiéndose con los antecedentes encontrados y la bibliografía.⁴⁴

3.7. Rigor Científico

La investigación se rigió según los siguientes principios: ⁴⁵

Dependencia

Éste principio se mantuvo haciendo que los resultados de la presente investigación sean evaluados desde una perspectiva individual y conjunta con los que participaron en la investigación.

Credibilidad:

Se refiere a cuando el investigador ha logrado captar el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, principalmente aquellas vinculadas con el planteamiento del problema.

Bajo este criterio, la información que se obtuvo en las entrevistas ha sido transferida en notas escritas, las que luego fueron confirmadas por los participantes de la investigación como verdaderas o falsas, además la convivencia con la familia permitió constatar la credibilidad de los resultados que se obtuvieron, así como también ser contrastados con la bibliografía.

Transferibilidad:

La transferibilidad o aplicabilidad, da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones. Indica que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. ⁴⁶

Para ello se realizó una descripción densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Así el grado de transferibilidad fue una función directa de la similitud entre diversos contextos.

Confirmabilidad:

La confirmabilidad se refiere a la minimización de los sesgos y tendencias del investigador, implica rastrear los datos en su fuente y la explicación de la lógica utilizada para interpretarlos.

Durante de la investigación se estableció el grado con el que los resultados fueron determinados por los informantes y no por los prejuicios del investigador.

3.8. Principios Éticos⁴⁷

Burns, propone los siguientes principios éticos, denominándolos como la protección de los Derechos Humanos; para la ética en la investigación en enfermería.

Derecho a la autodeterminación:

Este derecho se basa en el principio ético de respeto a las personas, y afirmar que el ser humano es capaz de controlar su propio destino. Por eso el ser humano debe ser tratado como un agente autónomo, que tiene libertad para conducir su vida como quiera sin control externo.

En la investigación, las familias fueron informadas previamente acerca del propósito del estudio, antes de participar en él y se realizó conforme al consentimiento informado, la cual le permitió libre consentimiento de integrarse o no en la investigación.

Derecho a la Intimidad:

La intimidad es el derecho individual para determinar el momento, la cantidad y las circunstancias generales que permitirán que su información privada sea compartida por más gente. La información privada del sujeto está protegida si se le ofrece la información necesaria, si da su consentimiento a participar y si voluntariamente comparte información privada con el investigador.

En el estudio, los investigadores mantuvieron la privacidad de la información de los familiares, utilizándola solamente como parte del estudio, evitando compartirla con otras personas, sin su consentimiento.

Derecho al anonimato y a la confidencialidad:

El sujeto de la investigación tiene derecho al anonimato y a que toda la investigación obtenida del estudio sea preservada de manera confidencial.

En la presente investigación, los investigadores mantuvieron en el anonimato la identidad de los familiares entrevistados y la confidencialidad de sus relatos, a través del uso de pseudónimos, ya que sólo fueron utilizados como parte de la investigación.

Derecho al trato justo:

Este derecho está basado en el principio ético de justicia. Según este principio, las personas deben recibir el trato justo que merecen y les corresponde.

Los familiares fueron tratados de manera justa y equitativamente, antes, durante y después de su participación en la investigación, empezando por una

selección sin discriminación alguna por el cumplimiento de lo establecido por los investigadores.

Derecho a la protección ante la incomodidad y el daño:

Este derecho se basa en el principio ético e beneficencia, que afirma que uno debe hacer el bien, y sobre todo no hacer daño.

En esta investigación se mantuvo la ausencia de riesgos en los familiares que vayan en contra de su integridad moral y social.

CAPÍTULO IV

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se utilizó la historia de vida para conocer las vivencias y sentimientos de la familia en estudio, dentro de su contexto natural, donde el comportamiento humano es comprendido, explicado y lo que la familia construye en el proceso de la convivencia con un pariente que padece de depresión.

Durante la recolección de datos se tuvo en cuenta la presencia de dos escenarios, uno institucional, del cual se recolectó las direcciones de los pacientes con depresión que fueron anteriormente hospitalizados, para luego ser visitados en los escenarios familiares, donde por medio de los criterios de inclusión se aseguró la participación de 6 colaboradores en la investigación.

Para la redacción de las historias de vida, se tuvo en cuenta las tres etapas de la entrevista detalladas con anterioridad, en la cual mediante el proceso de relectura, se sistematizó los relatos proporcionados por los colaboradores, intentando responder al objetivo de la presente investigación. En ellos se inicia por una etapa de identificación de los integrantes de la familia y los roles que desempeñan en la actualidad. Posteriormente las historias de vida comenzarán por aquellas situaciones o comportamientos que empezaron a percibir los colaboradores, sin reconocer que se trataba de un trastorno mental.

Se incluirá también, los diferentes medios de ayuda a las cuales recurrieron en primera instancia, el conocimiento de que uno de los familiares era diagnosticado con depresión y todas las vivencias que significó comprender la enfermedad de su pariente.

Finalmente se trató de presentar cómo es la vivencia actual de la familia, los cambios dentro del hogar, las repercusiones en los miembros de la familia y cómo afrontaron ésta enfermedad de su familiar.

En el siguiente apartado, se presentan las historias de vida de los 6 colaboradores, con sus respectivos tonos vitales.

4.1. Historias de vida

“Todo empezó desde que era Niña” (E1)

Mi Nombre es Samuel, tengo 22 años, soy el segundo de cuatro hermanos.

Todo esto empezó recuerdo cuanto tenía 13 años, fue cuando mi mamá se enteró que mi papá tenía otra mujer. Fue mi hermano quien le contó a mi mamá, ella se alteró por completo al verla a la otra mujer, se le fue encima, la atacó, la gritó, cuando llegó a la casa parecía que fuera otra, estaba fuera de sí, después se hecho a dormir, a partir de ese día mi mamá cambio, eso le afectó mucho, lloraba de la nada, estaba triste, no quería salir, no comía como antes, ya no quería visitar a sus hermanos, cambio por completo y nos comenzó a preocupar. Por motivos de trabajo uno de mis hermanos tuvo que viajar a lima a trabajar, con la partida de mi hermano mi mamá empeoro.

Fui en busca de ayuda a sus hermanos y les conté lo que había pasado con mi mamá, nunca la había visto así, no sabía qué hacer. Ellos se alarmaron mucho, y me dijeron que mi mamá ya había estado internada antes en el hospital en psiquiatría cuando era joven, pues le habían dicho que sufría de depresión. Me sentí muy triste el saber que mi mamá padecía de eso y lo padecía ya de tiempo; pobrecita mi mamita (Agacha la cabeza y llora)

Es ahí que mi tía me contó lo feo que la trataban a mi mamá cuando desde pequeña trabaja cuidando en casa de sus patrones, se gritaban mucho, le pegaban, la menospreciaban, hasta incluso le deban de comer las sobras de la comida del perro, dice mi tía que ahí mi mamá se puso mal, ya no quería ir nunca más a casa de sus patrones y paraba encerrada en su cuarto, fue cuando mi abuelita la hizo ver por el médico y el medico dijo que la tengan internada. Mi tía en su casa aún guarda alguna de las pastillas que de joven tomaba mi mamá para dormir.

Todo esto que está ocurriendo me está afectando en mis estudios, en las clases ya no participo como lo solía hacer, por venir a cuidarla a mi mamá, no estoy asistiendo a algunos trabajos grupales que nos dejan, algunos amigos me comprenden otros, me sacan del grupo, los fines de semana me gustaba ir a ver los partidos de futbol al estadio, ahora ya no puedo hacer eso, vengo a verla a mi mamá, en las noches ya no tengo ganas de salir con mis amigos al real plaza o solo salir con mis amigos de la cuadra, cuando estoy en la casa y miro el cuatro donde estamos todos juntos sonrientes y ahí mi mamá esta alegre, siento tanta rabia porque esos tiempos nunca hubieran cambiado. Tengo miedo de estar con alguien y que me pase lo que le paso a mi mamá.

Mi mamá no era así, yo recuerdo que le gustaba tejer mucho, incluso en mi trabajo llevaba a vender mantitas tejidas por ella, le gustaba cocinar y ver sus novelas, pero ahora parece que hubiera perdido las ganas de hacer las cosas, para como ausente, antes le gustaba jugar conmigo, nos piñizcábamos, yo la cargaba, ahora hago lo mismo para darle ánimos y que se recupere pronto.

Acá en el hospital el doctor nos ha dicho que vengamos a verla, porque eso va ayudar a que supere la depresión que tiene. A veces me da tanta pena verla a mi mamá acá que me siento muy mal, siento que quiero ayudarla, pero no puedo, ella ha sido una madre ejemplar (se queda en silencio y empieza a llorar), a mis hermanos también les duele verla a mi mamá tan desganaada, ellos lloran en la casa, y le ruegan a la virgencita que se recupere pronto mi mamá (baja la cabeza y junta sus manos)

Ahora sé que mi mamá desde antes ha sufrido de depresión, todos venimos a verla, incluso mi papá también viene, mi hermano que está en Lima nos envía plata para sus medicamentos, y solo habla por teléfono con mi mamá y después que conversan mi mamá llora. Yo la quiero mucho, me duele verla así, no sabes cuánto quisiera que mi mamá ya esté bien.

“Los Problemas Económicos de mi Hermana; afectaron a mi Madre” (E2)

Mi Nombre es Zenaida; tengo 64 años; somos Diez hermanos.

El diagnóstico de mi familiar es depresión, convivimos con mucha ah... (Silencio y se coge la cabeza) bueno es mi mamá, existe el gran cariño que tenemos a ella, la amamos, y por lo tanto con mucha paciencia con mucho cariño hemos tratado desde que se inició su depresión, nos dolió al principio; me negaba aceptar que mi mamá tenga depresión; sentí en mi alma; tanta tristeza; con la explicación del médico; alivio mi dolor.

Mi mamá era muy alegre muy conversadora ella hasta te interrumpía no te dejaba hablar por contarte por ejemplo las novelas, ella te las contaba tú estabas viendo la novela y ella te la contaba y siempre cualquier cosa cualquier gracia que le contábamos ella se reía mucho, ella era muy conversadora... Muy Alegre

Todo comenzó cuando mi mamá empezó a alarmarse de que por decir que el hervidor del agua que lo alejaran porque se iba a incendiar, después empezó a tenerle mucho miedo a un perro que estaba en casa, que siempre se había criado ahí. Tenía mucho pánico, ósea ella empezó con pánico. Hasta que un buen día no se quiso levantar, que no la levantarán, que no la levantarán, tuvimos que llevarla de emergencia a una Clínica porque inclusive se le alteró sus signos vitales, su presión.

Ahí en la clínica bueno la atendieron cumplieron con lo elemental pero luego la trajimos a casa, y ella continuaba que no quería comer, no quería comer,

no quería bañarse, no quería nada.. Que la dejaran morir! Se prendía muy fuerte de la cama, y así empezó su cuadro. Así que Tuvimos que contratar a un médico especialista en geriatría, y él nos explicó el cuadro de depresión y nos preguntó si existía algún problema entre hijos o algún acontecimiento que le quisiéramos contar:

Efectivamente si existía problemas familiares, entonces ella como que los asumió mucho, sobretodo problemas de una hija, que tenía problemas económicos y cuando nosotros la llevamos a la clínica, que ella cayó malita nos dijo pues que por favor ayudásemos a su hermana porque la iban a llevar a la cárcel, eso era mentira.. Pero ella lo alarmó tanto lo hizo tan grande ahí empezó ella. Con problemas familiares.

Mi madre rechazaba toda ayuda, no quería. Nosotros estuvimos ahí, todas las hijas estábamos ahí, somos diez hermanos. Cuando nos enteramos, le comunicamos al resto de mis hermanos que bueno pues, mamá tenía depresión. Tres hermanos nos hicimos cargo de la situación y estábamos ahí con ella, intentamos tenerle mucha paciencia y entender la situación, ya le dábamos en la boca la comida, la levantábamos un poco a la fuerza, le hablábamos a mucho, particularmente yo le hablaba mucho, le decía que era una mujer fuerte una mujer muy valiente, siempre le hablaba mucho, y le enseñamos a como ella defenderse, o sea ella no quería vestirse, no quería levantarse, le fuimos enseñando poco a poco para que ella aprendiera a valerse por si sola.

Para estar con mi madre; tuve que hacer muchos cambios, hasta ahora es un cambio total una rutina total diferente en nuestras vidas, yo soy casada, tengo

hijos mi esposo y tuve que mudarme allá, me mudo yo, una semana por allá con ella; una semana por acá con mi familia. Desde que ella empezó, aunque son ya siete años; que vivo así.

Yo al principio sí, me encerré con ella, no sabía cómo actuar o que actitud tomar con ella, trataba de darle cariño, y trataba de atenderla pero respecto a mi rutina diaria cambió, luego yo fui asimilándolo. Creo mucho en Dios y le digo "Señor si tú piensas que esta es la manera de ser en la que mi mamá debe terminar sus días, bueno yo entonces acepto tu voluntad, pero a mi dame alegría, dame paz, dame tranquilidad para no llegar a esto también, a la tristeza.. " pues de nada vale una persona triste al lado ella, entonces yo empecé a hacer mis cosas normales, se puede decir no todas, tengo reuniones de mi grupo de oración pues trataba de ir martes en la noche un bueno trato.

También tengo reuniones los viernes en la parroquia, tengo un grupo de formación ahí, voy. Y si tengo que ir a comprar pues veo la forma de que mi mamá este acostadita o la encargo y voy y compro. O sea trato de no encerrarme mucho, de no pensar que el mundo se acabó (.. Se quiebra la voz, y solloza) y que yo no tengo que ser la misma persona que fui antes, porque no le conviene a mi mamá.

Al comienzo yo me entristecía mucho de verla a ella siempre triste con la cabecita gacha, hasta ahora ella tiene momentos así, que ahorita ella ya no está como al principio, me sentía muy triste muy muy a mi me daba mucha pena, pero después dije: no porque me voy a poner como ella? , no ayudo. No, yo tengo que ser optimista y alegre y tratar más bien de animarla. Porque nada, no la ayudo así.

“A Raíz del Accidente, empezó su Cambio” (E3)

Mi Nombre es Adela, tengo 52 años, tengo 2 hijas, y un nieto.

Me case con el padre de mis hijas hace 35 años, ambos somos de Cajamarca, pero nos vinimos a vivir acá a Chiclayo por darle una mejor educación y profesión a mis hijas. Mi esposo toda la vida a trabajado de electricista, en diferentes empresas, hasta que en la última empresa que estuvo, lo mandaron a arreglar una caja de corriente eléctrica y ahí es cuando sufre un accidente, le paso la electricidad en todo el cuerpo, lo quemó.

Lo trajeron de emergencia al hospital y lo tuvieron que operar, estuvo como un dos meses hospitalizado, es acá cuando le comienzan hacer varios exámenes, de la sangre, de la orina, del pulmón, del estómago, de todo. Y le detectan cáncer de estómago; para el siempre cáncer ha sido sinónimo de muerte, cuando se enteró de lo que le habían detectado se deprimió totalmente.

Ya en la casa, cuando le dieron de alta, no quería ni ver a sus hijas, decía que les iba a contagiar que por su culpa ella también tendrían cáncer más adelante, su estado de ánimo era de una persona irritable, paraba renegando, gritaba por todo y me comenzó a insultar. Una vez cuando Salí a comprar al mercado, cuando regresé, lo encontré en la cocina queriendo coger un cuchillo para matarse porque eso quería hacer, decía que si igual el cáncer lo va a matar.

Mi hija mayor por su seguro me ayudo a hacerlo tratar a su papá y el medico en la consulta externa nos dijo que teníamos que internarlo porque el mi esposo estaba atravesando por un cuadro depresivo.

Una enfermera una vez que comento, que mi esposo en todo el día solo paraba diciendo que el cáncer lo iba a matar en que se iba a morir, que no quería asistir a las terapias, se quedaba en su cama.

Nunca pensé vivir algo tan feo, siento que el mundo se me viene encima, mis hijas trabajan cada una tiene su familia, y solo vienen por una hora a la semana a verlo a su papá, si es que se acuerdan me he quedado sola cuidándola a mi viejo, ya llevo 3 semanas así, desde antes de ayer, estoy sintiendo que el estómago me arde, tengo miedo de enfermarme y que me dé el cáncer de estómago igual que a él. La enfermera me dice que debo comer a mis horas, pero como ando preocupada, se me va la hora y a veces se le olvida comer, y solo tomo una taza de café, me siento cansada, el cuerpo ya se cansa rápido.

Mi hija me dice que me arregle como antes, pero no me importa estar bien, quiero estar con mi esposo nuevamente en la casa, cuando estoy en mi casa sola sin él, siento un frio profundo, la casa tan sola que me echo a llorar, ya ni cocino, como en la calle. Quisiera que todo esto como se dice, solo fuera un sueño y que mi esposo nunca se hubiera accidentando y que este bien; a veces pienso que la corriente eléctrica le quemó algo en el estómago y le ocasionó el cáncer; que lo ha llevado a estar en depresión o habrá sido alguna brujería para que mi esposo se enferme.

Yo todos los días voy a la capilla y le oro al santísimo que me de fuerzas para afrontar la mañana, Dios es mi fortaleza, tengo mucha fe que él lo sanará.

Extraño salir hacer el mercado y comprar cosas y prepararle su ají de gallina que tanto le gusta; es que siempre hemos estado juntos, siempre; nunca nos habíamos separado tanto, llevamos toda una vida juntos y ahora esto... (llora cogiéndose la cara), la verdad no sé qué pensar si él se muere que sería de mí; me moriría de tristeza.

“A Partir de la pérdida de mi Bebé” (E4)

Mi nombre es Enrique, tengo 39 años, soy casado y tengo una hija de 7 meses

En la época que andábamos de enamorados con mi esposa, comenzábamos a comprar nuestras cosas, más o menos planificando lo que queríamos tener en el futuro; como yo trabajo para una municipalidad hice unos préstamos y compramos un terrenito con el cual construimos nuestra casa de material noble. Antes de comprometernos ya teníamos casi todo con mi señora; cocina, lavadora, servicio, cama, ya prácticamente todo.

Al poco tiempo de casarnos en la religión que pertenece mi mujer, ella quedo en estado, era la mujer más alegre, se compró una revista de maternidad y paraba leyéndola que decía: “Aquí dice cómo se va desarrollando día a día nuestro hijo”, le tejió unos chompas para cuando nazca el bebe; buscaba nombre que estén en la biblia para ponerlos sea hombrecito o mujercita; su mamá llegaba a cuidarla porque yo tenía que ir a trabajar; mi mujer paraba alegre todo el día. Y en la noche oraba por la bendición que le estaba dando el señor decía.

Pero fue nuestra mala suerte; que un día le fui a supervisar la construcción de una obra; que cuando regrese encontré a mi sobrina en mi casa le pregunte por mi señora y me dijo que la habían llevado de emergencia a Ferreñafe porque se había puesto mal; cuando llegue mi mujer estaba en la cama del hospital dormida con suero y unos cables en su pecho; su mamá me dijo que se le habían roto la placenta y el bebe había muerto.

Cuando ella despertó gritaba: “Mi hijo donde está mi hijo”.... (Se coge el cabeza y empieza a temblar) “traíganmelo quiero verlo; cargarlo”, en eso el médico le dijo lo que había pasado y comenzó a llorar; lloraba bastante; me fui a abrazarla la cogí fuerte y llore con ella” Habíamos perdido a nuestro bebe; no habíamos deseado tanto que se había convertido en lo que más anhelábamos.

Cuando llegamos a la casa; yo tenía que salir a trabajar y ella se quedaba sola; cuando regresaba la encontraba echada en la cama llorando; yo llegaba y la calmaba; pero la veía una tristeza inmensa en su cara, pensé que pronto le pasaría y le conseguí un trabajo en la municipalidad, como ella había estudiado secretariado, para que trabaje ahí. No se iba; le comenzó a doler la cabeza, le dolían los huesos; ya no quería conversar; me comencé a preocupar, porque ya ni quería comer; le dejaba toda la comida; que le traía; dejó de salir a predicar como antes lo hacía.

Yo pensé que la tristeza le pasaría pero cada vez estaba más triste; en mi día libre la lleve a ver por un médico particular a Chiclayo para que me de alguna medicina para que mi señora se recupere pronto; fue ahí cuando me dijo que tiene depresión severa y que había que hospitalizarla para que se recupere; en el trabajo había escuchado hablar de depresión pero no sabía que era y que mi señora tenía esa cosa.

Yo no sabía cómo hacer, yo pensé que lo del embarazo pasaría, pero entendí que quizás para ella, pues le afectó mucho más porque era ella quien lo llevaba en su vientre, yo también lo esperaba con mucha ilusión, cuando el médico me dijo que tenía depresión y que tenía que hospitalizarla, me dio miedo,

me explicó que tenía que tener paciencia, y eso si pues yo siempre estuve con mi esposa, fui más paciente, la escuchaba, dejaba que hable y llore porque la comprendía, me ponía en su lugar, le daba más amor, como se dice, para que se calmara y le decía que todo iba a pasar, estaba muy pendiente de ella.

Estuvo 3 meses en el hospital en psiquiatría; cuando estaba ahí nos turnábamos con mi suegra y mi cuñada para ir a cuidarla a verla llevarle sus cosas; para que su familia de mi mujer siempre nos apoyó; no sólo en eso, sino también en los quehaceres de la casa ya que yo no me abastecía entre ir a cuidarla, trabajar y mantener la casa ordenada, yo sentí la pegada cuando dormía solo en mi casa; también lloraba y por mi hijito y porque mi mujer no se alogue; tenía miedo que se empeore; pero gracias a Dios de ahí ya salió tranquila.

Me compre un taxi y la sacaba a pasear; eso la distraía. Llegaban sus hermanos de la religión a visitarla y la animaban para que vayan a predicar; ya cantaba en la casa; comenzó hacer sus actividades, sus cositas; yo siempre la besaba y a ella le costaba hacerlo conmigo y de pronto comenzó a besarme; se volvió cariñosa como antes; y tuvimos intimidad.

A las semanas la encontré nerviosa cuando regrese del trabajo; le pregunte que tenía y me contesto que este mes no le había venido la regla y que tenía miedo de salir embarazada; que no quería volver a perder a otro bebe; la lleve a Ferreñafe para que la revise el médico y nos dijo que si estaba embarazada; pero esta vez que no recibió la noticia como lo primera vez; no se emocionó tanto, no lloro de alegría; más bien en casa para nerviosa; tenia ansiedad; se preocupaba por todo; paraba en la cama echada no quería ni moverse para que no se le rompa la

placenta decía; pareció que el cuadro de depresión se repetía; por las noches lloraba y no me decía porque; en la primera vez no fuimos a ningún chequeo esta vez todos los meses la llevaba a su control.

Fueron 9 meses de desesperación; ya no me hablaba de pintarle el cuarto al bebe; ya no quería tejerle chompas; no compro ni más revistas; pero si tomaba todos sus medicamentos más bien paraba preocupada que no se pase de la hora indicada; había días que estaba muy sensible y otros que nos gritaba; el médico me dijo que estaba así por el embarazo y por lo que había tenido; nos dijo que para esto no había medicinas porque iban afectar a mi hijo; sino que mi mujer quería compañía, que no la dejemos sola; fue ahí que pedí vacaciones adelantadas en el trabajo; después pedí licencia; y mi tiempo le dedique en completo a estar con ella; le hablaba; le conversaba; le decía siempre voy a estar a su lado; que todo va a estar bien; ahora sus miedos; eran también mis miedos.

Mi mamá nos traiga gallinas criollas para prepararle; todos nos preocupábamos por ella; antes que dé a luz; parece que ese apoyo la animo bastante; y felizmente mi bebe nació sanito y cuando ella lo tuvo en sus brazos a nuestro hijo lloro de alegría; con la llegada de mi hijita; creo que logro superar el cuadro de depresión por completo que tenía.

Ahora vivimos bien; aunque yo ya no trabaje en la municipalidad; hago carreras en mi carro y mi señora cose ropa; sale a predicar y cuida a nuestra hijita. Ella nos trajo alegría. Pero fueron tiempos difíciles; a veces me sentía muy débil; tan fuerte es eso de la depresión que parece que te controlara y te tumba; gracias a todos tuve fuerzas para hacer frente a la situación que se encontraba mi mujer.

“Mi Mamá es Hija única y se comporta como una niña.” (E5)

Soy Ramón tengo 54 años de edad; en mi familia somos tres hermanos y mi papá.

No sé qué pasó con mi mamá, ella antes era como yo muy sociable, ella es hija única y somos tres hijos; hemos vivido juntos muchos años junto con mi papá hemos sido una familia muy unida; pero a manera que pasan los años yo y mis hermanos hemos formado nuestras familias y nos hemos ido separando, pero vivimos en la misma casa pero en diferente piso; ella siempre nos decía “ya me dejan sola” ¿Por qué hacen eso?

Para ella la manera de como sentirse acompañada, era entrar a mi cuarto y ver a mi esposa con mis hijos o tal vez irse a la casa de Calín, que es mi hermano; pero ahora nosotros nos hemos independizado y ahora para ir a verla teníamos que salir y tocarle la puerta, entonces más que todo que mis hijas como tienen sus hijos chiquitos se han ido de la casa y ahora están lejos, lejos en el sentido de que se han mudado a otro lado pero siguen en la ciudad, y eso como que la hace pensar “me están dejando sola” que si pasa esto o pasa lo otro, no tiene con quien conversar pero yo le digo siempre “Mamá anda a la casa conversa con Rosa, con Luz, y ella me dice: No, porque voy a incomodar..” y después cuando se enferma cae muy mal .. “Hola hijito como estas?” (remedando y haciendo un sonido casi llorando)

Hemos vivido en carne propia todo eso y realmente a nadie se lo deseo, nosotros siempre hemos confiado en los doctores y en la medicina siempre

decíamos “Ya va a sanar, ya va a sanar” y efectivamente sanaba un tiempo tomaba su medicina pero no sabíamos si al mes o a los meses iba a volver a caer, o sea no sabemos en qué momento ella recae, está bien y cuando de un momento a otro todo se descompensa, se descompensa lamentablemente.

El médico nos dijo que el diagnóstico de la enfermedad de mi de mi madre es depresión, tiene un cuadro depresivo. La convivencia con ella es preocupante porque no sabemos cómo manejar el sistema nervioso, o sea si le gritamos, si le hablamos de qué manera podemos ayudarla. Si llora, Porqué lloras? Mamá tranquilízate, no no me grites. Entonces mientras más la gritas es peor, o podemos abrazarla y podemos llorar los dos juntos, pero más la deprime.

Eso pasó para Año Nuevo, todo el mundo la abrazaba “Mamá, y le decíamos algo y buum! se caía y rompía en llanto”. Por eso decidimos internarla, porque mamá ya ha tenido once o doce años atrás episodios depresivos y la medicina no la cura, ¿Por qué? si bien es cierto la medicina es costosa, mi padre es jubilado y al gastar esa plata ella piensa que le está faltando a ella, la puede tomar pero automáticamente la neutraliza porque igual sigue preocupada porque tiene que levantarse a cocinar a hacer sus cosas y a atender, porque ellos son dos y nosotros los hijos vivimos fuera. En el sentido que ya nos hemos independizado.

Yo creo que eso de tomar las pastillas le ha generado gastritis pero se fue complicando así que decidimos llevarla al hospital e internarla, unas semanas internada la podían ayudar bastante. En ella la depresión se manifestaba depende, ella podía estar seis meses bien y de pronto los otros seis recaer y estar mal y así han pasado más de diez años.

Ella es como una niña, se pelea con los nietos; si se va a una fiesta infantil y lleva su bolsa. Si le hacen un regalo a mi esposa; ella dice: Si que no me dan a mí. Ella es media celosa, hija única pues. Y eso es un proceso, supongo que es consecuencia del egoísmo en el que ha vivido.

Hace mucho tiempo cuando mi mamá estaba con un cuadro depresivo, que no sabíamos cómo afrontarlo, fue un viernes que yo estaba ahí y buscamos al doctor Villanueva y la hipnotizó, bueno le hizo una terapia de sueño a nosotros nos hizo a salir, que nos quedáramos afuera del consultorio en sala de espera. Bueno él la hizo dormir y ella volvió a ser una niña de ocho años, como una niña.

Eso a nosotros nos afectó mucho, porque es mi mamá y como a todo hijo le importa su madre, pero tomar una decisión así al ver un cuadro depresivo, un cuadro de “buuuu..” y entonces el doctor nos dijo, de él mismo salió “hay que internarla”. Esa fue la más dura decisión que tomamos. Nunca supe lo que tiene mi madre.

Ella siempre se iba con mi papá a sus consultas, mi papá y mi mamá; nunca he ido yo ni mi hermano, ninguno de mis hermanos; entonces cada vez que iba y el doctor le preguntaba ¿cómo estás? Le decía: Bien doctor, y como la veía bien pero eso era porque le cogía la mano a mi papá; eso le daba seguridad después cuando la vieron y mi papá la dejó sola ahí se derrumbó.

Acá en psiquiatría estaba bien, tenía mejor semblante, se quedó casi dos semanas pero le mentíamos que dos o tres días, era todo un proceso entre terapias

y análisis. Y pucha es feo, porque bueno entre todos teníamos que turnarnos, porque el viejo ya está viejo pues y no puede solo, a veces pedir permiso en el trabajo o salir volando y venir a ver a mamá, dejar de hacer una u otra cosa aparte la medicina es carísima, antes a veces la regalaban los promotores médicos; ahora ningún laboratorio regala, todo es plata. Y uno esta cabezón de tantos gastos, pero delante de mi mamá y de mi papa hay que guardar apariencias porque él también ya está viejo.

Y bueno entre todos intentamos apoyarnos porque ahí recién sabíamos el diagnostico de mi mamá, y tratábamos de comprender porque al principio no entendíamos y por más de 12 años mi mamá ha vivido con depresión desde que uno a uno de sus hijos fuimos saliendo de la casa. Yo siempre le decía “Mamá, pero pon de tu parte, no te echas; párate!” y no era así. No la hemos sabido entender; cada hijo con su familia; el tiempo se nos iba en el trabajo reuniones; y solo al cuidado de mi madre quedo mi papá. Mi papá parece de más edad, se acabó por ver a mi mamá, nosotros que estamos sanos vemos esa descompensación; él se ve acabado. Pero que vamos hacer, seguir adelante nada más.

“Tenía muchas cosas acumuladas, principalmente la muerte de su madre.”

(E6)

Soy Pedro; tengo 49 años; soy viudo y tengo un hijo.

Mi hijito, cuando era pequeño en el colegio era bien inteligente, siempre sacaba los primeros puestos, todo cambió cuando, paso que ya cuando el acababa la primaria mi señora se iba al trabajo, bueno al colegio porque era profesora y el colectivo donde se iba se chocó con un camión que venía de la sierra de esos que traen carga; se fue por la barrera y se dio vueltas de campana, ella iba en el asiento de atrás del carro, la llevaron al hospital pero cuando llegó, ya había muerto.

Mi hijo aun estaba pequeño pero ya entendía y él había sido bien apegado a su mamá, mi único hijo. Para los dos fue muy fuerte, muy duro, yo cuando llegué al hospital ya mi señora había fallecido.

Al principio mi hijo lloraba y lloraba por su mamá, se descuidó bastante en el colegio menos mal que ya casi acababa el año, yo no sabía cómo ayudarlo porque yo también estaba mal, mi suegra a veces venía a vernos, y se lo llevaba a su casa para que esté ahí, con sus primos, como era vacaciones. O a veces también de vez en cuando venían sus tíos, pero eso era solo al principio, ellos también tenían su familia. Ya luego empezó el colegio y ya no era igual, me decía que no le gustaba, que era aburrido, y que quería a su mamá. A veces yo me podía duro con él y le decía tenía que ir, y me decía: “Tú no eres como mi mamá, tu no entiendes, tú no eres como ella”.

Se puso malcriado, no me hacía caso y así conforme pasaba el tiempo a veces si me entendía después otras veces ya no y estaba otra vez de malcriado. Ya después me entere que habían días que ni se iba al colegio, yo le hablaba pero nada no me hacía caso me decía: “ya papá, ya papá; ya sé, si sé”. No siempre fue así, a veces estaba un tiempo bien o al menos parecía. Ya que podía hacer yo.

Así paso el tiempo, años, ya tomaba salía con sus amigos y no sé empezó a enojarse por todo a veces lo escuchaba que lloraba, me acercaba y como hombre pues le decía “¿Hijo que pasa? me decía fuerte y de cólera: Nada, nada, ándate”. Ni a mi suegra que a veces llegaba a la casa le hablaba bien, a nadie en realidad. Como ya había terminado el colegio yo dije para que vaya a la universidad, lo mandaba a la academia postulaba y no ingresaba, pero yo lo veía que ni estudiaba por más que le hablaba y le hablaba le daba igual, después me dijo que no quería ir a nacional sino que le mandara a una particular.

Yo con tal que estudie, hice un esfuerzo y le di para la universidad, que quería ingeniería civil y ya me pedía dinero y dinero, que trabajos, que cosas que tenía que comprar, y así se la pasaba como un año, año y medio estuvo así. Me engañaba que tenía que hacer trabajos y amanecidas y ya no venía a la casa a dormir. Yo me quedaba esperándolo pero llegaba tarde y yo tenía que salir al trabajo temprano.

Y poco a poco fue hundiéndose, tomaba, fumaba, no siempre pero si varias veces yo olía el olor a alcohol y cigarro, ya uno se da cuenta pues. Pero ni para hablar con él, no se podía, después ya dejó de salir solo andaba en su cuarto fumaba y fumaba. Vivir con mi hijo así, no ha sido fácil yo como padre al verlo

me sentía mal, me duele, y me da pena ver como malgasta su vida, él es joven y se a hundido en los vicios y ahora en la depresión.

De verdad no sé cómo ayudarlo, ahora trato de ser, bueno de tratar de entender, de tenerle paciencia, yo sé que con la ayuda de Dios pues, como se dice va a superarlo. Hay que tener paciencia nada más.

Por ahora ya está aquí en la casa, y bueno ya lo veo mejor, ya sale, me habla, de vez en cuando conversamos, porque hace dos meses no quería nada, nada con nadie, no hablaba, lloraba, no quería ni comer, solo dormía por ratos.

Menos mal él tiene una tía, mi cuñada, bueno era la hermana de mi esposa fallecida, que lo quiere bastante se preocupa mucho por él, de ella fue la idea de llevarlo a un doctor para que lo vea, ahí es cuando nos dijeron que él tenía un cuadro depresivo por muchas cosas acumuladas, principalmente por la ausencia de su mamá y por la edad que él tenía cuando paso todo y ahí es cuando tuvimos que internarlo; sentí que el mundo se me venía encima; es mi hijo; es mi engreído; más que no tengo la presencia física de su madre; tenía una angustia atravesada acá en el pecho; fue difícil escuchar la respuesta del médico, es que había leído en el periódico que a los jóvenes les ataca la depresión y algunos no logran salir de eso y se destruyen.

La hermana de mi señora, mi cuñada ella andaba todo el tiempo pendiente de que si le faltaba algo, de que si no quería comer, le pedía, le rogaba hasta que comiese. Ahora bueno yo estoy al pendiente de él, en el trabajo, como yo trabajo en el molino y ya tengo tiempo trabajando me han dado un poco de facilidades

para poder estar con mi hijo. Claro que no hay que abusar de ello, pero menos mal que si me entendían porque veían que a veces llegaba cansado, y es que a veces no dormía por estar pendiente de él, en las mañanas tenía yo también que hablarle bien para que comiese algo y como que ayudarlo a que hable que se desahogue no?

A veces que en las noches andaba llorando o despierto como ido, uno piensa muchas cosas. Pero bueno gracias a Dios ya ahora lo veo bastante mejor, ojala que no recaiga y tener más que todo como se dice fe pues, uno como padre siempre va querer lo mejor para sus hijos, y más que todo que él es mi único hijo, es joven y sé que puede superarse.

4.2. Caracterización de la Muestra:

La presente investigación “Historia de vida de personas con Depresión en la perspectiva de la familia”, estuvo conformada por un cuidador de cada familiar portador de depresión, siendo nuestra muestra 6 cuidadores. El predominio del sexo fue el masculino, con edades comprendidas entre 22 a 63 años siendo hijas, hijos, esposos, padres; de su respectivo familiar. Más de dos de los cuidadores entrevistados manifestaron síntomas y/o condiciones similares a la de su familiar portador de depresión (Síndrome de Bournot). El lugar de procedencia fue la provincia de Chiclayo y Ferreñafe.

A continuación mostramos el resumen en el siguiente cuadro:

Seudónimo	Edad	Sexo	Instrucción	Ocupación	Parentesco
Samuel	22	M	Secundaria Completa	Estudiante- Trabajador Independiente	Hijo
Zenaida	64	F	Superior Universitario	Ama de Casa	Hija
Adela	52	F	Secundaria Completa	Ama de casa	Esposa
Enrique	39	M	Superior no Universitario	Trabajador Municipal	Esposo

Ramón	54	M	Superior Universitario	Empresario	Hijo
Pedro	49	M	Secundaria Completa	Trabajador Independiente	Padre

4.3. Presentación de categorías y subcategorías

En el presente informe se presentan las diferentes subcategorías que dieron origen a cuatro grandes categorías, describiéndose en ellas diferentes etapas por el cual pasó la familia, narrado desde la perspectiva del cuidador del familiar.

En una primera categoría se presenta la forma en que un problema conlleva al desequilibrio emocional; lo que motiva en la familia una acrecentada preocupación la salud del familiar; para pasar a una segunda categoría que incluye todo el proceso que implica conocer la depresión y la relevancia que tiene para la familia.

En una tercera categoría se muestran cuáles fueron los sentimientos hacia el familiar portador de depresión después de conocer el diagnóstico; para que en una cuarta categoría se presenten cómo fue y es la vivencia en la actualidad y la incertidumbre de un futuro desconocido para la familia.

A continuación se presentan las categorías y subcategorías de la investigación:

I. CUANDO UN PROBLEMA CONLLEVA AL DESEQUILIBRIO EMOCIONAL DE LA FAMILIA

- 1.1. Presencia de los primeros signos
- 1.2. La preocupación por el estado de salud.

II. LA FAMILIA EN BUSQUEDA DEL DIAGNOSTICO

- 2.1. La familia buscando respuestas a la enfermedad
- 2.2. Reacciones de la familia frente al diagnóstico.
- 2.3. Afrontamiento de la familia frente al diagnóstico.

III. SENTIMIENTOS DE LA FAMILIA FRENTE A LA DEPRESIÓN DEL FAMILIAR

IV. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DEL MIEMBRO CON DEPRESION EN LA FAMILIA

- 4.1. Vivenciando cambios de estilo de vida en la familia
- 4.2. Estrategias utilizadas por la familia frente a la enfermedad.

1. CUANDO UN PROBLEMA CONLLEVA AL DESEQUILIBRIO EMOCIONAL DE LA FAMILIA.

Los tipos y modelos de familia han evolucionado y cambiado con el tiempo. Pero el núcleo familiar sigue siendo lo más importante en la sociedad, un ancla a la hora de afrontar las dificultades y salir adelante. Eso no significa que no surjan conflictos y crisis en la familia, sino que seamos capaces de afrontar los problemas.⁴⁷

Por lo general, cuando hablamos de salud mental o equilibrio emocional nos referimos a enfermedades personales. Una de ellas es la depresión, sin embargo, el núcleo familiar también tiene, o no, un equilibrio emocional. De la forma en que sea capaz de afrontar las dificultades, podremos decir que es o no disfuncional. Por el contrario, muchas enfermedades mentales en un miembro familiar son potenciadas por familias disfuncionales.⁵¹

La mayoría de las enfermedades físicas, mentales y emocionales son causadas por impactos emocionales negativos no liberados al momento. Todo impacto negativo tienen una repercusión física y otra emocional; a nivel físico, un bloqueo genera una presión sobre los órganos de alrededor y absorbe su energía. Estos órganos se inflaman, se debilitan y, con el tiempo, originan enfermedades.⁴⁷

En muchos casos, una parte débil es el sistema nervioso. Un sistema nervioso debilitado hace que la persona viva los impactos emocionales de manera amplificada (ansiedad, angustia, temor, miedo, etc.), el doble o el triple de lo que sería normal, de esta manera, el cuerpo físico ha transmitido el problema al cuerpo

emocional. La persona se aleja de quien realmente es y esto conlleva problemas de miedos, inseguridad y falta de autoestima. El individuo, al sentirse vulnerable, crea corazas y se muestra diferente ante los demás como mecanismo de protección.⁴⁷

El inicio de la depresión tanto para el individuo como la familia, atrae muchas dudas e interrogantes acerca de cómo pasó o porque sucedió o que significa; por ser una enfermedad que la familia no identifica con rapidez por la poca importancia que le brindan a sus manifestaciones; confundiéndolas con situaciones estresantes y pasajeras.

1.1. Presencia de los primeros síntomas

La depresión no sólo afecta a la persona deprimida, sino que también repercute en sus familiares y en las personas más cercanas ocasionando reacciones muy diversas: confusión, pena, deseos de ayudar, culpabilidad, pero también, frustración, ira, entre otros. Es muy importante que el familiar comprenda que se trata de una enfermedad y no una forma de ser, una falta de voluntad o un gran disgusto pasajero que se pasará si conseguimos animar o estimular a la persona deprimida.⁶⁷

Por el lado de la persona deprimida, síntomas como la tristeza, pueden afectar a la forma en que se comunica con su familia, sus amigos o sus compañeros de trabajo. Los problemas de relación con las personas de entorno son muy frecuentes. La depresión puede hacerle muy difícil hablar libre y directamente con amigos y familia.

Además, estos problemas de comunicación se pueden complicar con sentimientos de hostilidad, cólera y resentimiento, que pueden darse tanto en las personas que padecen depresión como en aquellas que se encuentran en su entorno inmediato. Más de la mitad de las personas con depresión no se creen que sus familiares y amigos les apoyan o comprenden y tienden a pensar de forma negativa.⁶⁷

El soporte social bajo aumenta la vulnerabilidad para la depresión en personas expuestas durante periodos prolongados a factores estresantes. Así mismo, los problemas conyugales parecen tener una gran influencia en el curso de la depresión. Pero también es cierto que el apoyo de la pareja permite una recuperación más rápida y duradera de la persona deprimida.

Cuando una persona está clínicamente deprimida, su capacidad de funcionar tanto mental como físicamente, se ven afectados y estos problemas pueden durar semanas, meses o incluso años. Los síntomas varían mucho entre las personas y, a veces, la depresión puede esconderse detrás de una cara sonriente por lo que se ignoran las señales de advertencia y pasan desapercibidas.⁶⁷

En el peor de los casos, la depresión grave puede conducir al suicidio. Es escuchar atentamente cuando un familiar comente que está deprimido; puesto que puede estar diciendo que necesita ayuda.

Según Criterios de la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación de trastornos mentales CIE 10 los divide según el tiempo y la sintomatología en leve; moderado y grave y depresión recurrente.²¹

Las características antes mencionadas, pudieron ser evidenciadas en los relatos brindados por los distintos colaboradores, quienes pudieron percibir diversos comportamientos y cambios en el carácter de sus familiares.

- *Cuando me dijeron que mi mamá ya había estado internada antes en el hospital en psiquiatría cuando era joven, pues le había dicho que sufría de depresión (Samuel, E1)*

- *Al principio no entendíamos y por más de 12 años mi mamá ha vivido con depresión desde que uno a uno de sus hijos fuimos saliendo de la casa. (Ramón, E5)*

La depresión es una patología muy prevalente en la población general. Su naturaleza crónica y recurrente está recibiendo cada vez más atención. Aproximadamente 8 de cada 10 personas que experimentan un episodio inicial de un trastorno depresivo mayor seguirán teniendo al menos un episodio adicional a lo largo de sus vidas (trastorno depresivo mayor recurrente).⁶⁹

En algunos pacientes, los episodios quedan separados por muchos años de funcionamiento normal y libre de sintomatología. Para otros, los episodios se tornan cada vez más frecuentes. Esta última situación parece ser la más prevalente tanto en los servicios de atención primaria como psiquiátrica.⁶⁹

En los relatos siguientes, expuestos por nuestros colaboradores se puede reflejar que en muchos de los casos a lo largo del tiempo vinieron surgiendo episodios depresivos

- *Mi mamá empezó a alarmarse de que por decir que el hervidor del agua lo alejaran porque se iba a incendiar, después empezó a tenerle mucho miedo a un perro que estaba en casa, que siempre se había criado ahí (Zenaida, E2)*

- *La llevaron al hospital pero cuando llegó, ya había muerto. Me decía: “Tú no eres como mi mamá, tu no entiendes, tú no eres como ella” (Pedro, E6)*

- *Ella siempre nos decía “ya me dejan sola” ¿Por qué hacen eso? Para ella la manera de como sentirse acompañada, era entrar a mi cuarto y ver a mi esposa con mis hijos o tal vez irse a la casa de Calín, que es mi hermano... yo le digo siempre “Mamá anda a la casa conversa con Rosa, con Luz, y ella me dice: No, porque voy a incomodar..” (Ramón, E5)*

La depresión leve es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso físico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos.²²

- *Una vez cuando salí a comprar al mercado, cuando regrese, lo encontré en la cocina queriendo coger un cuchillo para matarse porque eso quería hacer, decía que si igual el cáncer lo va a matar (Adela, E3)*
- *La encontraba echada en la cama llorando; yo llegaba y la calmaba; pero la veía una tristeza inmensa en su cara, pensé que pronto le pasaría.... le comenzó a doler la cabeza, le dolían los huesos; ya no quería conversar; me comencé a preocupar, porque ya no quería comer (Enrique, E4)*

La depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.²²

1.2. La preocupación por el estado de salud.

La familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás, y viceversa.⁶⁸

Es en la familia el espacio donde primero se manifiestan y repercuten los problemas de Salud Mental de las personas. Por este motivo es la Institución social mejor situada para promover cambios en el abordaje de las enfermedades mentales. La aparición de un trastorno mental en un familiar próximo, genera dudas y dificultades diversas que implican directamente a la familia. Este trastorno mental puede provocar continuos conflictos en la convivencia y sumir a la familia en un permanente estado de angustia y preocupación afectando la vida de todos. Durante los episodios depresivos más severos, la familia se convierte, en la mayoría de los casos, en el cuidador principal de la persona enferma, en el soporte fundamental para su restablecimiento.⁶⁷

La depresión puede cursar como un trastorno crónico y, en la actualidad, está bien establecido que la inclusión de la familia en el abordaje de este trastorno, mejora la evolución del mismo. En muchas ocasiones, el abordaje de la depresión es insatisfactorio por tanto, la participación de la familia durante el proceso de la depresión no puede considerarse sólo una opción más, sino que es fundamental a la hora de diseñar y ejecutar estrategias para prevenir, contener y reconducir las dificultades clínicas, personales y sociofamiliares que pueden aparecer.⁶⁷

Estas características se pudieron evidenciar en los relatos ofrecidos por los colaboradores quienes pudieron percibir, por lo menos, alguno de los cambios mencionados anteriormente en sus familiares.

- *Mi mamá no era así, yo recuerdo que le gustaba tejer mucho*
(Samuel,E1)

- *Mi mamá era muy alegre muy conversadora ella hasta te interrumpía no te dejaba hablar por contarte por ejemplo las novelas, ella te las contaba tú estabas viendo la novela y ella te la contaba y siempre cualquier cosa cualquier gracia que le contábamos ella se reía mucho, ella era muy conversadora...
(Zenaida, E2)*
- *Su estado de ánimo era de una persona irritable, paraba renegando, gritaba por todo y me comenzó a insultar. (Adela, E3)*
- *Eso pasó para Año Nuevo, todo el mundo la abrazaba "Mamá, y le decíamos algo y buum! se caía y rompía en llanto". (Ramón, E5)*
- *Y poco a poco fue hundiéndose, tomaba, fumaba, no siempre pero si varias veces yo olía el olor a alcohol y cigarro, ya uno se da cuenta pues. (Pedro, E6)*

2. LA FAMILIA EN BÚSQUEDA DEL DIAGNÓSTICO

El impacto que los trastornos mentales y de comportamiento ejercen sobre las personas, las familias es algo incuestionable. La persona que lo porta sufre no solo a causa de los síntomas inherentes de la enfermedad, sino por su incapacidad

para asumir sus responsabilidades familiares en el cumplimiento de sus rutinas de la vida diaria.⁹

Los familiares de estas personas, afectadas también por las consecuencias de la enfermedad, se ven obligados a proporcionar apoyo físico, psicológico, económico, entre otros y a soportar con el familiar todo el proceso de la enfermedad.⁹

Esta afirmación se basa en el hecho de que todo comportamiento humano, ocurre en un contexto psico – social – 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.⁹

Al pensar en la familia, que tiene entre sus componentes un portador de depresión inmediatamente emergen preguntas a que hace para vivir con una persona cuyos síntomas físicos y psicológicos; aun no son reconocidos como enfermedad. ¿Le causa sufrimiento, angustia, temor? ¿Puede vivir de manera tranquila? ¿Qué enfermedad cree que es? ¿Cuál debe ser su comportamiento? ¿Cómo recibe el diagnóstico de depresión? Los sentimientos y reacciones dependerán de la estructura de la familia.⁹

Es en esta situación que la Familia acude a una consulta médica, teniendo por respuesta un diagnóstico psiquiátrico: depresión. Tornándose para la familia una enfermedad nueva. Sin embargo podemos afirmar que lo que se desconoce sobre la depresión, incluye no apenas la depresión en números sino también las vivencias de sus portadores y sus familiares con la enfermedad y los aspectos psicosociales y culturales que involucran el problema.⁹

De los trastornos mentales en especial nos preocupa la depresión por ser considerada, un diagnóstico olvidado o no percibido entre los integrantes de una familia, confundiendo con estados emocionales volubles y pasajeros.

2.1. La Familia buscando respuestas.

La depresión es un trastorno mental que ha aumentado progresivamente en la población en general y, consecuentemente, se hace cada vez más presente en las familias, motivando la búsqueda de ayuda tanto en los servicios de atención primaria de la comunidad como en los servicios psiquiátricos y hospitales generales, en sus diversas unidades.⁷²

Entre los desórdenes médicos la depresión es una de las más frecuentes, sea aisladamente o en conformidad con otras entidades clínicas. Es una enfermedad que, mayormente, pasa desapercibida tanto para los profesionales cuanto para las familias, perjudicando los resultados de la asistencia al paciente. Los datos estadísticos son una prueba de esto pues revelan sólo una pequeña parte del 'iceberg', la visible.⁷²

La depresión podemos por lo tanto encontrarla a nuestro paso, sea desempeñando actividades profesionales o en la relación diaria con personas del entorno familiar y social. Desde nuestras familias hasta los centros de salud, consultorios externos y unidades de internamiento hospitalario o no, psiquiátricas o no.⁹

Este pensamiento toma fuerza cuando constatamos que el aumento de la depresión es cada vez mayor en adolescentes y ancianos; en el período de post

parto; en asociación con otras enfermedades clínicas o en eventos de la vida como pérdida de entes queridos, de "status" y de poder socioeconómico. Como se aprecia, el panorama es bastante desolador y aún con tendencia al agravamiento en los años venideros. ¿Qué hacer frente a la depresión? ¿Cómo enfrentarla?⁷²

Los colaboradores; mencionaron que su primera fuente de apoyo es consultar a sus familiares y posteriormente acudir a una consulta con el médico; esto se evidencio en los relatos:

- *Fui en busca de ayuda a sus hermanos y les conté lo que había pasado con mi mamá, ellos se alarmaron mucho porque me dijeron que mi mamá ya había estado internada antes en el hospital en psiquiatría cuando era joven, pues le había dicho que sufría de depresión. (Samuel,E1)*
- *Así que Tuvimos que contratar a un médico especialista en geriatría, y él nos explicó el cuadro de depresión (Zenaida,E2)*
- *... y el medico en la consulta externa nos dijo que teníamos que internarlo porque el mi esposo estaba atravesando por un cuadro depresivo (Adela,E3)*

- *la lleve a ver por un médico particular a Chiclayo para que me de alguna medicina para que mi señora se recupere pronto; fue ahí cuando me dijo que tiene depresión severa (Enrique,E4)*

- *... fue un viernes que yo estaba ahí y buscamos al doctor Villanueva y la hipnotizó, bueno le hizo una terapia de sueño a nosotros nos hizo a salir, que nos quedáramos afuera del consultorio en sala de espera. Bueno él la hizo dormir y ella volvió a ser una niña de ocho años, como una niñita. Eso a nosotros nos afectó mucho, porque es mi mamá y como a todo hijo le importa su madre, pero tomar una decisión así al ver un cuadro depresivo, un cuadro de “buuuu..” (Ramón,E5)*

2.2. Reacciones y aceptación de la familia frente al diagnóstico

Los miembros de la familia, en estas condiciones, vivencia día a día sentimientos que varían según el grado de afinidad con el enfermo y de la aceptación de la enfermedad. Los datos de este estudio revelan emociones citadas por la familia como: tristeza, angustia, miedo, dolor.⁷²

- *Me sentí muy triste el saber que mi mamá padecía de eso y lo padecía ya de tiempo; pobrecita mi mamita (Agacha la cabeza y llora) (Samuel,E1)*

- *Bueno es mi mamá, existe el gran cariño que tenemos a ella, la amamos, y por lo tanto con mucha paciencia con mucho cariño hemos tratado desde que se inició su depresión, nos dolió al principio; me negaba aceptar que mi mamá tenga depresión; sentí en mi alma; tanta tristeza; con la explicación del médico; alivio mi dolor. (Zenaida, E2)*

Surgió también la incompetencia por no poder cambiar la situación vivenciada. Esta impotencia está relacionada no solo a la dificultad para actuar frente al comportamiento presentado por el enfermero sino a atribuir el proceso de enfermedad a sucesos como brujerías.

- *Quisiera que todo esto como se dice, solo fuera un sueño y que mi esposo nunca se hubiera accidentando y que este bien; a veces pienso que la corriente eléctrica le quemó algo en el estómago y le ocasionó el cáncer; que lo ha llevado a estar en depresión o habrá sido alguna brujería para que mi esposo se enferme. (Adela, E3)*

Confianza por el tratamiento médico, fue expresada por algunos familiares, que manifestaron verbalmente su optimismo por una evolución favorable de su familiar.

- *Eso a nosotros nos afectó mucho, porque es mi mamá y como a todo hijo le importa su madre, una madre es una madre ;me dio lo mucho; pero lo tome con mucha calma y con mucha confianza que el médico la iba a ayudar a recuperarse a mi madre. (Ramón,E5)*

Otras Familias manifestaron miedo a que les podría pasar con su portador de depresión, el pensar que no podrían salir de la enfermedad y su vida se vería destruida.

- *Sentí que el mundo se me venía encima; es mi hijo; es mi engreído; más que no tengo la presencia física de su madre; tenía una angustia atravesada acá en el pecho; fue difícil escuchar la respuesta del médico, es que había leído en el periódico que a los jóvenes les ataca la depresión y algunos no logran salir de eso y se destruyen. (Pedro,E6)*

2.3. Afrontamiento frente al Diagnóstico

Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.⁷²

Ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento. Por ejemplo, una clasificación muy simple de tipos de afrontamiento sería: afrontamiento activo, afrontamiento pasivo, y evitación.⁹

En las entrevistas con las familias que conviven con parientes con depresión, se obtuvieron los siguientes discursos sobre la manera que afrontaron la depresión de su familiar:

- *Todo esto que está ocurriendo me está afectando en mis estudios, los fines de semana me gustaba ir a ver los partidos de futbol al estadio, ahora ya no puedo hacer eso, vengo a verla a mi mamá, en las noches ya no tengo ganas de salir con mis amigos al real plaza o solo salir con mis amigos de la cuadra, siento tanta rabia porque esos tiempos nunca hubieran cambiado. Tengo miedo de estar con alguien y que me pase lo que le paso a mi mamá. (Samuel,E1)*

- *Creo mucho en Dios y le digo "Señor si Tú piensas que esta es la manera de ser en la que mi mamá debe terminar sus días, bueno yo entonces acepto tu voluntad, pero a mi dame alegría, dame paz, dame tranquilidad para no llegar a esto también, a la tristeza." (Zenaida,E2)*

- *Yo todos los días voy a la capilla y le oro al santísimo que me de fuerzas para afrontar la mañana, Dios es mi fortalece, tengo mucha fe que él lo sanara. (Adela,E3)*

- *Pero fueron tiempos difíciles; a veces me sentía muy débil; tan fuerte es eso de la depresión que parece que te controlara y te tumba; gracias a todos tuve fuerzas para hacer frente a la situación que se encontraba mi mujer. (Enrique,E4)*

- *...hemos vivido en carne propia todo eso y realmente a nadie se lo deseo, nosotros siempre hemos confiado en los doctores y en la medicina (Ramón,E5)*

- *Vivir con mi hijo así, no ha sido fácil yo como padre al verlo me sentía mal, me duele, y me da pena ver como malgasta su vida, él es joven y se a hundido en los vicios y ahora en la depresión. (Pedro,E6)*

3. SENTIMIENTOS DE LA FAMILIA FRENTE A LA DEPRESIÓN DEL FAMILIAR

Cada enfermedad demanda desafíos diferentes. Sin embargo, la aparición de un trastorno mental en un familiar próximo, genera dudas y dificultades diversas que implican directamente a la familia. Este trastorno mental puede

provocar continuos conflictos en la convivencia y sumir a la familia en un permanente estado de angustia y preocupación afectando la vida de todos.^{57 y 67}

Durante los episodios depresivos más severos, la familia se convierte, en la mayoría de los casos, en el soporte fundamental para su restablecimiento. Todos comparten un destino similar: su vida está dominada por el hecho de haber adquirido la responsabilidad sobre los miembros de su familia mentalmente enfermos. Todos soportan cargas psicológicas similares y están expuestos a demandas adaptativas parecidas.⁶⁷

Es habitual que en un primer momento los familiares se vuelquen mucho con la persona deprimida, le intenten ayudar en todo, estén muy encima y hablen mucho con él. Esto a veces genera dependencia y pasividad por parte del enfermo sin que el familiar se dé cuenta.⁵⁸

En los siguientes textos se reflejan los sentimientos percibidos por los familiares:

- *Al comienzo yo me entristecía mucho de verla a ella, siempre triste con la cabecita gacha, hasta ahora ella tiene momentos así, ahorita ella ya no está como al principio, me sentía muy triste muy muy a mi me daba mucha mucha pena, pero después dije: no porque me voy a poner como ella? , no ayudo. (Zenaida E2)*
- *Si llora, Porqué lloras? Mamá tranquilízate, no no me grites. Entonces mientras más la gritas es peor, o podemos abrazarla y podemos llorar los dos juntos, pero más la deprime. . (Ramón E5)*

Afrontar la depresión de un familiar generalmente se manifiesta en términos de una carga para éstos lo cual significa una carga general de estrés para la familia, causados por la enfermedad. A veces esta carga se divide en cargas subjetivas, lo que se refiere al sufrimiento personal que experimentan los miembros de la familia; o cargas objetivas, lo que no es otra cosa sino los problemas prácticos y las dificultades asociadas con la enfermedad.⁵⁹

En la descripción de la carga subjetiva, los miembros de la familia con frecuencia se refieren a los sentimientos de tristeza y pérdida. Los familiares pueden sentirse agobiados por el familiar que ellos conocían antes de que se presentase la enfermedad, por la agonía que esto causa a los familiares y por la pérdida personal.⁵⁹

Las familias, algunas veces, sienten como si estuvieran subidos en una montaña rusa como respuesta a los periodos de recaídas y remisiones que suelen marcar el curso de una enfermedad mental.⁵⁹

La carga objetiva es acompañada por una carga igualmente de pesada que en la carga subjetiva esto es, los problemas cotidianos de la familia y las crisis periódicas que se les presentan junto con los síntomas de la enfermedad del miembro familiar, las familias deben hacer frente a las responsabilidades de su cuidado, a la ruptura familiar, al estrés, las limitaciones del sistema que presta los servicios y al estigma social.⁵⁹

En los siguientes textos, se refleja los sentimientos que afloran en la familia, en la mayoría de los casos, son sentimientos de angustia, temor, estrés,

entre otros. Ven la depresión de su familiar como una carga bien subjetiva u objetiva o un evento que amenaza contra su estabilidad.

- *Tengo miedo de estar con alguien y que me pase lo que le pasó a mi mamá.*

Me siento muy mal, siento que quiero ayudarla, pero no puedo

(Samuel, E1)

- *Creo mucho en Dios y le digo "Señor si tú piensas que esta es la manera de ser en la que mi mamá debe terminar sus días, bueno yo entonces acepto tu voluntad, pero a mi dame alegría, dame paz, dame tranquilidad para no llegar a esto también, a la tristeza.. "*

(Zenaida, E2)

- *Nunca pensé vivir algo tan feo, siento que el mundo se me viene encima.*

Me he quedado sola cuidándola a mi viejo, ya llevo 3 semanas así,

desde antes de ayer, estoy sintiendo que el estómago me arde,

tengo miedo de enfermarme y que me dé el cáncer de estómago

igual que a él.

(Adela, E3)

- *Y uno esta cabezón de tantos gastos, pero delante de mi mamá y de mi papa hay que guardar apariencias porque él también ya está viejo. (Ramón, E5)*

Es indudable que las experiencias de los familiares y el compartir la cotidianidad de la vida con una persona que tiene depresión, hacen que la familia le vaya asignando un significado a la enfermedad, sin embargo cabe resaltar que las manifestaciones y respuestas son diferentes de acuerdo con la cultura, el tipo de personalidad, género y etapa del ciclo vital tanto de la persona que padezca la depresión, como la de la familia.⁷⁰

Solo en el caso de nuestro colaborador Enrique, quien refiere que estuvo con su esposa, apoyándola durante depresión, sin atribuirle o reflejar el cuidado como una carga

- *yo siempre estuve con mi esposa, fui más paciente, la escuchaba, dejaba que hable y llore porque la comprendía, me ponía en su lugar, le daba más amor (Enrique, E4)*

4. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DEL MIEMBRO CON DEPRESION EN LA FAMILIA

Las personas que sufren de depresión se caracterizan por la incapacidad de sentir placer con cosas que le proporcionaban tal sensación, permanecen aisladas, cabizbajas, silenciosas, síntomas que incomodan a las personas con las cuales

convive. Su expresión facial es de tristeza, llora con facilidad y se presenta desarreglado en relación a su apariencia e higiene personal.⁷¹

Generalmente, éstas personas viven con sus familiares, en quienes encuentran la primera fuente de apoyo, la cual se ve influenciada y dominada por el hecho de haber adquirido la responsabilidad sobre los miembros de su familia mentalmente enfermos, soportando cargas psicológicas similares y exponiéndose a demandas adaptativas parecidas encontrándose altamente predispuestos a la afectación de sus actividades normales, de desarrollo y relaciones debido a las vicisitudes que su papel de cuidador trae consigo.⁷¹

4.1. Vivenciando cambios de estilo de vida.

Mantener el equilibrio entre las demandas de la persona depresiva y las propias necesidades de los familiares, es difícil pero imprescindible para no sentirse arrastrado por el torbellino de la enfermedad depresiva. No podemos caer, pues, en la trampa de los juicios negativos de la persona deprimida (referido a uno mismo, el futuro y el mundo circundante), sino relativizar esos comportamientos, pues son fruto de la propia enfermedad.⁶¹

El hecho de conocer realmente la depresión, ayuda a perderle el miedo. Una creencia extendida es que la depresión es la “antesala de la locura”. No es así, no es un paso previo a la psicosis o la esquizofrenia. La persona deprimida sufre, pero igualmente sufren su familia, que no saben en un principio cómo afrontar la situación y que en algún momento parece escapar de la voluntad de todos. Las

frases como *¡Ánimate!* o *¿Por qué estas así si todo va bien?*, a pesar de la buena intención puede distanciar de la persona deprimida. Se intentan varias soluciones sin éxito y se acaba por claudicar después del fracaso, la frustración, la agresividad y la culpa, que acaba convirtiéndose en un obstáculo añadido: ⁶¹

- *..Yo siempre le decía “Mamá, pero pon de tu parte, no te echas; párate!” y no era así (Ramón, E5)*

- *Yo al principio si, me encerré con ella, no sabía cómo actuar o que actitud tomar con ella, trataba de darle cariño, y trataba de atenderla pero respecto a mi rutina diaria cambió, luego yo fui asimilándolo (Zenaida E2)*

Hacer frente a la depresión es aceptar un reto ante lo impredecible y lo misterioso puesto que altera tanto la conducta del familiar deprimido o como del que le cuida, en donde es fácil tirar la toalla llegar a perder los papeles.⁶³

Entender el problema y atenderlo, supone un cambio en la familia, un giro inesperado; que al principio se torna con la máxima energía y se busca la máxima disponibilidad. Sin embargo, conforme van pasando los días ya se no rinde de la misma manera, la sobrecarga empieza a tumbarle, finalmente se pasa a una etapa donde el comportamiento de los familiares es más variable.

Muchas veces al principio de la depresión, la familia tiende a negar la enfermedad de su familiar, como un mecanismo de defensa; otras veces reaccionan con amabilidad, ternura, apoyo y afecto. En ese sentido, se es muy

delicado, se realizan gustosamente las tareas que ha dejado de hacer y se dan muestras de afecto, incluso se vuelcan hacia el familiar, lo que genera dependencia. Más tarde, la sobrecarga a la que está sometida la familia empieza a pasar factura, el afecto y la delicadeza se van tornando en crispación, cansancio y enfado. El comportamiento delicado y sobreprotector se puede llegar a convertir en brusco, esto depende mucho del afrontamiento y la conducta de cada persona.⁶⁴

En los siguientes textos podemos ver como los colaboradores manifiestan el cambio que significó el tener que cuidar a su familiar con depresión.

Todo esto que está ocurriendo me está afectando en mis estudios, en las clases ya no participo como lo solía hacer, por venir a cuidarla a mi mamá, no estoy asistiendo a algunos trabajos grupales que nos dejan, algunos amigos me comprenden otros, me sacan del grupo (Samuel, E1)

- *Para estar con mi madre; tuve que hacer muchos cambios, hasta ahora es un cambio total una rutina total diferente en nuestras vidas, yo soy casada, tengo hijos mi esposo y tuve que mudarme allá, me mudo yo, una semana por allá con ella; una semana por acá con mi familia. Desde que ella empezó, aunque son ya siete años; que vivo así. (Zenaida E2)*

- *Bueno entre todos teníamos que turnarnos, porque el viejo ya está viejo pues y no puede solo, a veces pedir permiso en el trabajo o salir volando y venir a ver a mamá, dejar de hacer una u otra cosa*
(Ramón, E5)

- *Cuando estaba ahí nos turnábamos con mi suegra y mi cuñada para ir a cuidarla a verla llevarle sus cosas* **(Enrique, E4)**

Con frecuencia, se procura el mejor cuidado para la persona enferma, olvidando las necesidades y problemas con los que se enfrenta cotidianamente la familia. Como consecuencia, se imponen estilos de vida poco saludable que acaba dañando la salud y su capacidad de ésta, como unidad para seguir cuidando.⁶³

Durante las entrevistas realizadas, los colaboradores manifestaron lo siguiente:

- *Tengo miedo de enfermarme y que me dé el cáncer de estómago igual que a él. la enfermera me dice que debo comer a mis horas, pero como ando preocupada, se me va la hora y a veces se le olvida comer, y solo tomo una taza de café, me siento cansada, el cuerpo ya se cansa.*
(Adela E3)

- *Ahora bueno yo estoy al pendiente de él, en el trabajo, como yo trabajo en el molino y ya tengo tiempo trabajando me han dado un poco de facilidades para poder estar con mi hijo. Claro que no hay que abusar de ello, pero menos mal que si me entendían porque veían que a veces llegaba cansado, y es que a veces no dormía por estar pendiente de él (Pedro, E6)*

- *Los fines de semana me gustaba ir a ver los partidos de futbol al estadio, ahora ya no puedo hacer eso, vengo a verla a mi mamá, en las noches ya no tengo ganas de salir con mis amigos al real plaza o solo salir con mis amigos de la cuadra. (Samuel, E1)*

Diferentes son las formas de afrontamiento de cada persona, como es en el caso de nuestra colaboradora Zenaida, quien busca redes de apoyo lo que le ha permitido con el tiempo tomar y asumir de una mejor manera la situación. En el siguiente texto podemos comprobarlo, cuando nos refiere:

- *Y si tengo que ir a comprar pues veo la forma de que mi mamá este acostadita o la encargo y voy y compro. O sea trato de no encerrarme mucho, de no pensar que el mundo se acabó (.. Se quiebra la voz, y solloza) y que yo no tengo que ser la misma persona que fui antes, porque no le conviene a mi mamá.*

(Zenaida E2)

Por el contrario el afrontamiento de Adela, es diferente al de Zenaida; pues ella busca una raíz del problema y se niega aceptarlo, se ve sola, situación que la conlleva a tomar actitudes que bien frente a su esposo, se muestren estables y fuertes, en ella causa sensaciones negativas y un estilo de vida poco saludable.

- *La casa tan sola que me echo a llorar, ya ni cocino, como en la calle. Quisiera que todo esto como se dice, solo fuera un sueño y que mi esposo nunca se hubiera accidentando y que este bien*
(Adela, E3)

Lo antes mencionado y manifestado nos lleva a corroborar que es muy importante el círculo y la estabilidad en que se encuentre la familia, y los mecanismos de afrontamiento de cada uno de sus miembros, pues es ésta el principal apoyo con el que cuenta el familiar, y del que depende en gran parte su recuperación; sin olvidar ni dejar de lado el cuidado del propio cuidador, pues es él quien también se expone a dañar su salud y su capacidad de seguir cuidando.

4.2. Estrategias de la familia frente a la enfermedad.

La familia es la fuente principal de nuestras creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre la familia en el esfuerzo de adaptarse a las distintas etapas vitales por las que atraviesa pueden

repercutir en la salud de sus miembros ya que son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad, sin embargo, los miembros pueden sufrir los déficit y las sobrecargas de la convivencia con el enfermo, aumentando el riesgo de desarrollar sus propios síntomas ante la incertidumbre de no saber cómo afrontar los cambios generados por la enfermedad de un familiar.⁶⁵

La familia, ante esto adopta diferentes formas de afrontamiento que pueden ser efectivas dependiendo de diversos factores, por ejemplo el tiempo desde que se enteran del diagnóstico, la personalidad de cada integrante de la familia de la que va depender la posibilidad que tienen de controlar la situación u otros factores.⁶⁰

Zuckerman⁶⁰ considera diversos factores de personalidad: a) Búsqueda de sensaciones; son individuos a los que no les importa tomar riesgos y, por lo tanto, tienen una mayor tolerancia al riesgo y los estresores que otras personas. b) La sensación de control: los individuos modulan los efectos de un estresor potencial, es la sensación de control sobre el mismo. c) Optimismo: las personas tienen una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos, quienes parecen manejar mejor la situación. Por el contrario, las personas pesimistas se caracterizan más por el empleo de la negación y el distanciamiento del estresor, centrándose más en los sentimientos negativos producidos por el estresor. d) Otras variables: sentido del humor, inteligencia, no tomarse las cosas muy en serio, etc.

Esto podría considerarse un mecanismo adaptativo el cual facilita que la persona o familia haga frente de forma eficaz, modulando sus acciones y conductas hacia la situación de su familiar con depresión.

En los textos siguientes podemos ver que los colaboradores, al enterarse del diagnóstico, pudieron principalmente entender que la depresión no es una forma de llamar la atención, y que no debían culpar a la persona deprimida o verse como víctimas. Por el contrario entendieron que todos sufren cuando la depresión ataca a un ser amado, y tomar decisiones, actitudes y mecanismos de afrontamiento que pudieron hacerle cambiar el trato hacia ellos y de esta manera poder ayudarle a su familiar.

- *...cuando el médico me dijo que tenía depresión y que tenía que hospitalizarla, me dio miedo, me explicó que tenía que tener paciencia, y eso sí pues yo siempre estuve con mi esposa, fui más paciente, la escuchaba, dejaba que hable y lllore porque la comprendía, me ponía en su lugar, le daba más amor, como se dice, para que se cámbra y le decía que todo iba a pasar, estaba muy pendiente de ella (Enrique E4)*

- *...Y bueno entre todos intentamos apoyarnos porque ahí recién sabíamos el diagnóstico de mi mamá, y tratábamos de comprender porque al principio no entendíamos y por más de 12 años mi mamá ha vivido con depresión desde que uno a uno de sus hijos fuimos saliendo de la casa. Yo siempre le decía "Mamá, pero pon de tu*

parte, no te eches; párate!” y no era así. No la hemos sabido entender. (Ramón E5)

- *... ahora trato de ser, bueno de tratar de entender, de tenerle paciencia, yo se que con la ayuda de Dios pues, como se dice va a superarlo. Hay que tener paciencia nada más. (Pedro E6)*

Como se evidencia en los relatos anteriormente mencionados por los colaboradores, Cada miembro familiar tiene experiencias únicas, necesidades y preocupaciones debido a que el impacto de saber de la depresión que padecía su ser querido, depende en parte cuando ocurrió en el desarrollo de su vida y de su papel dentro de la familia.

A la vez, la familia se ve en la necesidad de buscar redes de apoyo, las cuales están constituidas por un conjunto flexible de personas con las que se mantiene un contacto frecuente y un vínculo social cercano. Estas personas son emocionalmente significativas y son quienes pueden brindarles su ayuda, tanto de tipo material como emocional. Según el contexto situacional pueden ser: la familia, los amigos, vecinos, compañeros de trabajo, empleados de ciertas instituciones, entre otros.⁶⁵

La familia constituye la red de apoyo social más importante pues se convierte en la principal fuente de apoyo emocional que alienta y a la vez como

fuentes de colaboración en las actividades cotidianas a las que algunos familiares directos del paciente se ven limitados a realizar por las diferentes ocupaciones que le genera la atención de su familiar con depresión, así también como una red de apoyo para contribuir en la recuperación del paciente con depresión.⁶⁶

En los textos siguientes podemos observar cómo la familia actúa como una red de apoyo para el familiar directo de los pacientes con depresión como en el caso de nuestro colaborador Samuel, quien al no saber cómo afrontar los cambios que su madre experimentaba acudió hacia sus familiares más cercanos, actuando ellos como una fuente de apoyo emocional y brindadora de información sobre la enfermedad de su mamá.

Así mismo podemos identificar otra de las funciones de la familia como red de apoyo en el testimonio de Enrique en donde la familia se convierte en un apoyo emocional tanto para la familia como para el paciente con depresión, interviniendo también como brindadora de servicios de ayuda en las labores cotidianas que el familiar directo del paciente deja de lado al dedicarse al cuidado de su familiar durante su enfermedad.

- *Fui en busca de ayuda a sus hermanos y les conté lo que había pasado con mi mamá, nunca la había visto así, no sabía qué hacer. Ellos se alarmaron mucho, y me dijeron que mi mamá ya había estado internada antes en el hospital en psiquiatría cuando era joven, pues le habían dicho que sufría de depresión*

(Samuel E1)

- *...cuando estaba ahí nos turnábamos con mi suegra y mi cuñada para ir a cuidarla a verla llevarle sus cosas; para que su familia de mi mujer siempre nos apoyó no sólo en eso, sino también en los quehaceres de la casa ya que yo no me abastecía entre ir a cuidarla, trabajar y mantener la casa ordenada...” (Enrique E4)*

Otra red de apoyo a la que la familia acude con frecuencia ante cualquier proceso de enfermedad es a la religión y oración que brindan apoyo principalmente de tipo cognitivo, normativo, afectivo y espiritual.

Existen varios estudios que muestran la influencia de la religión para enfrentar una enfermedad. Algunos autores mostraron que los familiares con creencias religiosas tienen un mejor afrontamiento de la enfermedad de su familiar, en la cual sienten mucha esperanza. Siendo así, la fe religiosa es reconocida como una estrategia de negociación para sobrellevar cualquier enfermedad, dentro de una concepción teológica, la cual se da entre grupos de clases populares, independientemente del sexo y de la edad.

El poder atribuido al divino, permite satisfacer sus necesidades que escapan al control humano, evitando sentimientos de miedo al futuro. Encuentran en la lectura del evangelio pasajes bíblicos que les hace sentirse con más esperanzas y fe en la recuperación de su familiar. Así mismo, a través de la oración que para los cristianos es una manera de comunicación directa con Dios,

buscando que sus plegarias sean escuchadas y les ayude a mantenerse con fortaleza durante todo el proceso de la enfermedad.⁶⁶

El buscar la religión no debe ser entendida como una forma de escapar de la realidad, sino como una perspectiva de futuro frente a la enfermedad. Esta visión ayuda a comprender, por qué las religiones son de eficacia simbólica, en relación al bienestar y autocontrol.

En los siguientes textos podemos observar cómo la religión influye como un mecanismo de afrontamiento por parte de la familia ante la depresión de uno de sus familiares a través de distintas formas de uso y acercamiento a lo religioso.

- *Creo mucho en Dios y le digo "Señor si tú piensas que esta es la manera de ser en la que mi mamá debe terminar sus días, bueno yo entonces acepto tu voluntad, pero a mi dame alegría, dame paz, dame tranquilidad para no llegar a esto también, a la tristeza. (Zenaida E2)*

CAPÍTULO V

Consideraciones Finales

Antes del diagnóstico

- ✓ La mayor parte de los comportamientos que presenta el familiar portador de depresión tienden a pasar desapercibidos, en un inicio las manifestaciones son atribuidas a leves tristezas, aburrimiento; apatías o falta de voluntad lo cual posteriormente genera en la familia la búsqueda de respuestas a esos comportamientos, es así, que una vez definido el diagnóstico, la familia no llega a comprender la relevancia que significa la depresión, atribuyendo el problemas, eventos estresantes o trágicos que se suscitaron en el pasado.

- ✓ Entre los diversos sentimientos que manifiesta la familia transcurren la culpa, la ira y la tristeza, evidenciándose con llantos y posturas de decaimiento, lo cual genera en el familiar a cargo del cuidado, sentimientos de angustia y de desesperanza con respecto al pronóstico y futuro de su pariente.

Conviviendo con la Persona Deprimida:

- ✓ La familia es la principal red de apoyo para el miembro integrante que padece de depresión, ante esta situación la responsabilidad de cuidar recae en cada uno de sus miembros, lo cual genera un desequilibrio en el

funcionamiento y la dinámica familiar, lo que obliga a reorganizar sus vidas y hacer cambios en sus rutinas, consecuentemente a poner en marcha diversos mecanismos de afrontamiento, de dependerán de cada persona para adoptar una conducta potencialmente perjudicial o de mucha ayuda.

- ✓ La responsabilidad del cuidado de una persona que vive deprimida implica que la familia maneje eventos vitales para la calidad de vida de la persona deprimida y que dedique gran parte de su tiempo a ello; sin embargo, por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, involucra actividades que pueden perjudicar notablemente el estado de salud de cada uno de sus miembros tanto en el aspecto físico como en el psicológico lo que conlleva a un exceso de trabajo y, en consecuencia no les permite disponer de tiempo suficiente para ellos dejando de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, llegando muchas veces a tratar de convencerse, de forma inconsciente, de que su vida no es igualmente merecedora de cuidado como la de su familiar enfermo.

- ✓ El cuidado del familiar deprimido y el propio cuidado de la familia, depende mucho de la estabilidad, la dinámica familiar y de los mecanismos de afrontamiento propias que asuman.

Afrontamientos frente a la enfermedad

- ✓ Los familiares necesitan de respaldo en el ámbito físico como psicológico para que puedan aprender a lidiar con cuidados y emociones fuertes de forma más amena, de modo que no provoquen rupturas definitivas en los lazos familiares. En este sentido, los factores de personalidad constituyen posibilidades concretas de asistencia de este ámbito.

- ✓ Entre las principales redes de apoyo, la familia recurre al apoyo religioso, encontrando en ello la forma de tener fe; esperanza y calma espiritual. Lo que les permite sobrellevar la situación con una mejor actitud, siendo beneficioso no solo para el familiar deprimido sino también para la familia.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- ✓ Dar a conocer los resultados obtenidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, institución donde fue seleccionada la población para el estudio, así también, la difundir los mismos en las diferentes instituciones de salud de la región y del país, para la elaboración de estrategias adecuadas que promuevan la atención holística del paciente con depresión y su familia.

- ✓ Al Ministerio de Salud para que realicen estudios enfocados a las familias con depresión y con diversos trastornos mentales y, en base a ello se planteen las políticas sanitarias de salud mental necesarias para la implementación y mejoramiento de la Estrategia de Salud Mental de los establecimientos de salud.

- ✓ Al Colegio de Enfermeros del Perú para que realice foros, cursos y congresos en el tema de Salud Mental y su influencia en la familia para capacitar a enfermeras y enfermeros en la atención holística no sólo del paciente sino también en la familia, fuente de apoyo de la persona enferma y primera unidad en verse afectada directamente con el proceso de enfermedad de su pariente

- ✓ A las diferentes universidades del país especialmente a las Facultades de Ciencias de Salud y aquellas que se encuentren interrelacionadas con el

cuidado de la salud para que dentro de su currícula y en el área de Salud Mental se inserte el tema de cuidado a los familiares de pacientes con depresión y trastornos mentales, para que de ésta manera al egresar de la universidad se encuentren en la capacidad de trabajar con las familias en riesgo.

- ✓ Gestionar la Creación de una asociación de familias con un miembro portador de depresión; con el objetivo de compartir experiencias como vivencias, planear estrategias como fortalecer el autoestima entre otras actividades que ayudan a afrontar el proceso de enfermedad del familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lucila H. Origen y Evolución de la Familia (En Línea). Disponible en: <http://educacioncivica.carpetapedagogica.com/2012/03/origen-y-evolucion-de-la-familia.html>. Consultado Noviembre 21, 2014
2. Ortiz M. La Salud Familiar. (En Línea) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi17499.pdf Consultado en Noviembre 21, 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions. (En Línea) Disponible en: <http://www.1decada4.es/profmedios/datos/> Consultado en Noviembre 21, 2014.
4. MINSA. Depresión, Guía de práctica Clínica de Depresión, (En Línea). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM648-2006%20Salud%20Mental%20y%20Psiquiatria.pdf>. Consultado Noviembre 21,2014.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención de la Salud en General. Informe mundial sobre la Discapacidad, Banco Mundial, Ginebra: OMS, 2011. Disponible en: <http://informe21.com/depression?page=4>. Consultado Noviembre 21,2014
6. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. (En Línea)

Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a15v26n2.pdf>.

Consultado en Octubre 15, 2014.

7. Calabuig Pablo J, Fernández Sáiz M, González Muñoz R, Serrano Escartín R. Atención de enfermería a las familias con enfermos mentales. (En línea) Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/rev54/artic06.htm>. Consultado en Octubre 15, 2014.
8. Domínguez J, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo M. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. Medicina de Familia. [Revista en Internet] 38 (1) 16-23. Diciembre, 2011. Consultado en Octubre 15, 2014. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359311002486>
9. Pezo M., Komura L., Costa M., La depresión incluida en la historia de la familia. Artículo Original de Psiquiatría [Revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2014 Dic 14]. 13(4):511-518. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400002>.
10. National Alliance on Mental Illness. NAMI. Datos sobre las enfermedades mentales (En Línea) URL Disponible en: http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Inform_Yourself/NAMI_en_espa%C3%B1ol/Enfermedades_mentales1.htm. Consultado en Diciembre 08, 2014

11. Enfermedad Mental. (En línea) Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental Consultado en Diciembre 12, 2014.
12. Clemente C. Definiciones de Familia. (En Línea) URL Disponible en:
<http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>. Consultado en Noviembre 26, 2014
13. Definición de Trastorno Mental. (En Línea) URL Disponible en:
 ABC: <http://www.definicionabc.com/social/trastornos.php#ixzz3KQSkVal>
 F. Consultado en Noviembre 26, 2014
14. ENCLICOPEDIA BRITÁNICA EN ESPAÑOL (En Línea) La familia:
 concepto, tipos y evolución, 2009. [Consultado en Noviembre 20, 2014]
 URL Disponible en
http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFamilia_ConcTip&Evo.pdf
15. Dinámica Familiar y Comunitaria (En Línea). URL Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/fulltext/hogar/tema7.pdf> . Consultado en Noviembre 20, 2014
16. Torres E. Cambios en la dinámica familiar con hijos con discapacidad.
 Psicología de la Familia [En Línea] 2012 [Consultado en Agosto 18, 2014]
 25 (16). URL Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/hijos-con-discapacidad-cambios-familia/>

17. Trastornos psicológicos (En Línea) URL Disponible en <http://www.deperu.com/abc/psicologia/152/trastornos-psicologicos>. Consultado en Noviembre 20, 2014
18. Cobo J. El concepto de depresión. Historia, definicion(es), nosología, clasificación [En Línea] 2005 [Consultado en Agosto 18, 2014] 9(4). URL Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/283/268>
19. Rodríguez J. OMS afirma que la depresión es el trastorno mental más frecuente [En Línea]2012 URL disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=24705#.VICu79KG9ic> Consultado en Agosto 18, 2014
20. Organización Mundial de la Salud (OMS) Depresión (En Línea) Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>. Consultado en Noviembre 21, 2014.
21. Clasificación de trastornos mentales CIE 10 Criterios de la OMS (En Línea) Disponible en:http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf Consultado en Noviembre 21, 2014.
22. Episodios depresivos (En Línea) Disponible en: http://www.psicoadictiva.com/cie10/cie10_20.htm Consultado en Noviembre 21, 2014

23. Trastornos del humor: Las depresiones (En Línea) Disponible en:
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2002/tema4/depresiones8.php> Consultado en Noviembre 21, 2014
24. Suarez M. El Médico Familiar y La Atención a La Familia. (En línea) Disponible en:
[en:http://www.mflapaz.com/Revista_4_Pdf/12%20ATENCION%20A%20LA%20FAMILIA.pdf](http://www.mflapaz.com/Revista_4_Pdf/12%20ATENCION%20A%20LA%20FAMILIA.pdf). Consultado en Agosto 18, 2014
25. Fundamentos teóricos de la familia como parte del paciente (En Línea) Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/familia-paciente/> Consultado en Agosto 18, 2014
26. Saucedo, J y Maldonado J. La Familia su dinámica y su tratamiento. Washington: IMSS; 2003. [Consultado en Agosto 18, 2014]
27. Pérez D. Concepto de Familia y funciones Generales; 2014 [Consultado en Agosto 20, 2014] Disponible en: <https://prezi.com/bmj--jl6erih/copy-of-concepto-de-familia-y-funciones-generales/>
28. Fernández M. El Impacto de la enfermedad en la familia. Ejournal [serie en internet]. 2004 [Consultado en Octubre 18, 2014];(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf
29. Denzin N. Aplicación de la Historia de Vida. México; 1989. Consultado en Octubre 16, 2014
30. Cornejo M, Mendoza F, Rojas R. La Investigación con Relatos de Vida: Pistas. Psykhe [Internet]. 2008 [Consultado en Octubre 16, 2014]; 17(1):32-38. URL Disponible

en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100004

31. Blanco, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, 1 (2), 46-51. [Consultado en Octubre 16, 2014]; Disponible en: [Dialnet-AfrontamientoFamiliarDelPacienteConDepresion-4766799.pdf](#)
32. Teves L, Remorini C, Crivos M y Martínez M. Redes personales y contextos sociales estructurantes en las trayectorias de vida. (En línea) URL Disponible en http://revista-redes.rediris.es/webredes/vmesahispana/Resumen_Sunbelt_07_TEVES.htm. Consultado en Octubre 24, 2014
33. Definición de Trayectoria de Vida. (En línea) Disponible en: <http://www.esqna.com/educacion/1922-1-esqna.html>, Consultado en Octubre 24, 2014.
34. Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de Enfermería. [Internet]. Popayan: Fistera.com; 2011. [actualizado 23 de Feb 2013; Consultado Noviembre 03, 2014]. Disponible en: artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf
35. Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. [Tesis doctoral] Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2011

- [Consultado Noviembre 03, 2014]. Disponible en:
<http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>
36. Castillo E. y Cobs. El rigor metodológico en la investigación cualitativa, Colombia: Corporación Editora Médica: 2003
37. Sebe J. Manual de Historia Oral. 2 Edición. Brasil: Ediciones Loyola; 1998.
38. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta Ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
39. Kenneth J. y Joseph V. Informe Belmont “Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación”. España. 2008
40. Charriez M. Historias de vida: una metodología de investigación cualitativa. Leer lo social: las historias de vida. Dos aproximaciones. Griot [Internet]. 2012 [citado 30 de Octubre 2013];5(1):54-55. Disponible en: <http://www.con.ites.mx/docs/publicaciones/logos/anteriores/hist.htm-40k>
41. Cornejo M, Mendoza F, Rojas R. La Investigación con Relatos de Vida: Pistas. Psykhe [Internet]. 2008 [citado 12 de Ab 2014]; 17(1):32-38. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282008000100004
42. Meihy J. Manual de Historia Oral. Sao paulo, Brasil: Loyola; 1998.

43. Piergiorgio C. Metodología y Técnicas de investigación social 2da. ed. Madrid: McGraw Hill; 2007.
44. Abrego L. Análisis temático. [Internet] s/f [citado 31 de Octubre de 2013] Disponible en: <http://www.slideshare.net/laurablue/analisis-de-contenido>.
45. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta Ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
46. Kenneth J. y Joseph V. Informe Belmont “Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación”. España. 2008
47. Vidiella G. La mayoría de enfermedades físicas y emocionales se originan por bloqueos energéticos. Med. Holística (España). 2012, Noviembre 01. [En Línea] Citado 08 marzo 2015. Disponible en <http://www.albertrossell.com/es/la-mayoria-de-enfermedades-fisicas-y-emocionales-se-originan-por-bloqueos-energeticos/>
48. Definición de Salud [En Línea] Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>. Consultado 10 de Febrero del 2015
49. MEDWARE. Revista Biomédica Revisada por Pares. [En Línea] Chile. [Fecha de acceso: 26 de Febrero, 2015] Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Sept2003/2774?tpl=login.tpl&url=http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Sept2003/2774>
50. Rodríguez J. Depresión Silenciosa (En Línea). 2012. [Consultado 26 de Febrero, 2015] URL Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2011/06/05/201043.php>

51. Buena Salud. El Equilibrio Emocional de la Familia. [En Línea] Disponible en: <http://www.elblogsaludable.es/archive/2010/07/15/el-equilibrio-emocion>. Consultado 28 Febrero del 2015
52. Carhuantanta A, Castillo L y Villanueva G. Vivencias de familias con un integrante esquizofrénico de un Hospital de la ciudad de Chiclayo. (Tesis de Licenciatura) Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2008.
53. Rejas Cuenca L. Familia y Depresión: 24 horas al día, 365 días al año. (En línea) Disponible en: <http://www.asiem.org/almacen/Documentacion/archivos/4/Familia%20y%20Esquizofrenia.pdf> Consultado en Febrero 21,2015.
54. Definición de Vulnerabilidad [En Línea] Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Vulnerabilidad>. Consultado 10 de Febrero del 2015
55. Sede Española Para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (En Línea). Madrid. 2014. [Consultado 03 de Marzo del 2015] Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm>
56. DIARIO OCCIDENTE. (En línea). Calí: Depresión no es un capricho, es una grave enfermedad.2013.[Consultado 18 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://occidente.co/depresion-no-es-un-capricho-es-una-grave-enfermedad/>

57. Eleonora Acerbi. Tipos de Familia y Terapia Familiar. (En línea)
Disponible en: <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=8953>
Consultado en Febrero 05, 2015
58. Rodríguez A. Como vivir con una persona que sufre depresión. (En Línea)
[Consultado el 20 de Febrero, 2015] Disponible en
<http://salud.practicopedia.lainformacion.com/psicologia/como-convivir-con-una-persona-que-sufre-depresion-18020>
59. Diane M., Susan P., Judith C. NAMI. (En Línea). 2007. Chicago.
[Consultado 20 de Febrero del 2015] Disponible en:
<http://www.namichicago.org/documents/lasfamiliasylasenfermedadesmentales.pdf>
60. C. Vázquez, M. Crespo, J. Ring, Estrategias de Afrontamiento [Revista en Internet] 2008 Octubre. Consultado 22 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>
61. Salud Mental. Decálogo para familiares que viven con una persona que padece depresión. [Revista En Línea]. 2012 Marzo-Abril. Consultado 22 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://www.humanizar.es/index.php?id=185&idRevista=14&tipo=Seccion>

62. CAT BARCELONA. Información sobre la esquizofrenia relevante para el desarrollo del Programa. (En Línea). Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/volumen2.pdf>. Consultado febrero 20 del 2015
63. Jassen C. Síntomas de la Depresión. (En Línea). Disponible en: http://www.janssencilag.es/disease/detail.jhtml?itemname=schizophrenia_about. Consultado Febrero 20, 2015
64. CENTRO TADI. Depresión: Consejos para la pareja o la familia (En línea) Disponible en: <http://www.centrotadi.com/la-depresion-consejos-para-la-pareja-o-la-familia/>
65. Ignacio R., Rafael A. Depresión y Entorno Familiar. SoMaMFYC. [Revista en Línea] 2011 Agosto-Noviembre. Consultado 01 de Marzo del 2015. Disponible en: <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html>
66. Echevarría L. Redes sociales de apoyo (En Línea). Disponible en: http://estarbien.iberomx/?page_id=114 Consultado 18 de Febrero del 2015
67. Mendive Arbeloa J, Montes Rodríguez J, Zamorano Bayarri E,. Consenso Nacional de Depresión. [En Línea] Barcelona: La Familia y Depresión, 2011 [Fecha de acceso: 10 de Marzo 2015] URL Disponible en:

http://www.researchgate.net/publication/262832313_Familias_y_depresin._CONSENSO_ESPAOL_SOBRE_LA_DEPRESIN

68. Goldenberg, D. S. “La familia, un paciente olvidado”, *Revista Rol de Enfermería*, 223: 25-30, 1997
69. Fava GA, Ruini C, Sonino N. Tratamiento de la Depresión Recurrente. Enfoque Psicoterapéutico y Psicofarmacológico Secuencial. *Etica al Servicio de la Salud*. [En Línea].2003. [Fecha de acceso: 10 de Marzo del 2015]; 17(15):1109-1117. Disponible en <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb213.htm>
70. GONZALEZ, Luz Angélica Muñoz et al. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, [Fecha de acceso Marzo, 11 del 2015]vol.44, n.1, pp. 32-39. ISSN 0080-6234. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100005>.
71. Pezo M.; Costa M., Komura I. En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión. *Cienc. enferm.* [online]. 2004, , [Fecha de acceso Marzo, 11 del 2015] vol.10, n.2, pp. 31-41. ISSN 0717-9553. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532004000200005>.
72. Pezo M.; Costa M., Komura. La familia conviviendo con la depresión: de la incomprensión inicial a la búsqueda de ayuda. [Revista en la Internet]. 2004 Mar [citado 2015 Mar 04]; 13(47): 11-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

12962004000300003&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132->

12962004000300003.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente Yo,....., acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: **“HISTORIA DE VIDA DE PERSONAS CON DEPRESION EN LA PERSPECTIVA DE LA FAMILIA”** cuyo objetivo es comprender la trayectoria vivida de los familiares que conviven con un miembro portador de depresión.

Estando de acuerdo con la utilización de los datos de la entrevista para los fines de la investigación., entendiendo que las informaciones dadas serán solo de mi consentimiento garantizando el secreto y respetando mi privacidad. Estoy consciente que las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluta confidencialidad, anonimato y relatadas con la mayor fidelidad por los investigadores. También tendré la libertad de retirarme del estudio sin que tenga ninguna represaría o gesto. Si tengo dudas entonces los investigadores me aclararán dudas respecto a ello. Finalmente expreso que después de las aclaraciones convenientes realizadas por los investigadores consiento participar de la investigación.

Firma del entrevistador

Firma del entrevistado

DNI:



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



GUIA DE ENTREVISTA

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LOS
FAMILIARES DEL PARIENTE CON DEPRESION**

Fecha: _____

Familia N°: _____

I.- Datos Generales

Seudónimo: Edad: Sexo: Parentesco:

II.- Preguntas Norte adoras:

¿Sabe Ud. cuál es el Diagnóstico de su familiar?

¿Cómo es la convivencia con un familiar con depresión?

III.- Preguntas Complementarias:

- ✓ ¿Cómo era su familiar antes de tener depresión?
- ✓ ¿Qué sentimientos tiene Ud., hacia su familiar con depresión?
- ✓ ¿Qué cambios a ocasionado en Ud. la convivencia con de algún miembro con depresión? ¿Y en la familia?
- ✓ ¿A qué causas atribuye la depresión de su pariente?

- ✓ ¿Otras personas conocen el diagnóstico de su familiar? ¿Qué opinan? ¿Cómo lo toma Ud.?

- ✓ ¿Cómo describiría un día típico en compañía de su familiar?



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**"HISTORIA DE VIDA DE PERSONAS CON DEPRESION EN LA
PERSPECTIVA DE LA FAMILIA"**

CUADERNO DE CAMPO

Jueves 11 de Diciembre del 2014

8:00 am

Acordamos ir un día antes al establecimiento a obtener la relación de dirección de los pacientes que habían estado hospitalizados con anterioridad. Para hacer los acuerdos formales llevábamos con nosotros los oficios correspondientes dirigidos a las autoridades respectivas del hospital para obtener el permiso debido.

Un Oficio dirigido al Gerente General, otro al jefe de Capacitación y él para el Jefe del servicio de Psiquiatría. Iniciamos la mañana con una conversación amena donde nos presentamos como estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque, les manifestamos de manera verbal y por escrita el nombre, objetivos de nuestro proyecto de tesis.

Y como si fuéramos amigos de hace mucho tiempo entablamos una larga conversación, donde nos mencionaban sus inquietudes porque nos vaya bien en este proyecto de tesis y logremos realizarlo de la mejor manera.

Una vez oficios entregados y por amistad con la jefa de enfermería del servicio de psiquiatría, nos dirigimos a la persona responsable de servicio social, es ahí donde se registran todas las altas de los pacientes con sus respectivos

diagnósticos médicos. Queda apuntado su nombre completo, edad, dirección, número de teléfono, nos recalcaron que los datos eran confidenciales y no podríamos estar divulgando o utilizarlos para otros medios que no sean netamente de investigación, gracias a los datos brindados logramos entablar una comunicación fructífera con las personas que serían los colaboradores de la presente investigación.

Al promediar el medio día, ya habíamos realizados las gestiones respectivas con satisfacción, procedimos a retirarnos despidiéndonos de todos autoridades, agradeciéndoles por el apoyo y la orientación brindada, ellos nos reiteraron que podemos buscarlos para complementar algún dato o documentos que nos faltara.

De manera especial la Jefa de Enfermería del Servicio de Psiquiatría nos dijo que contemos con su entera disposición en lo que nosotros necesitemos para la realización de nuestro proyecto de tesis, fue tan linda su actitud que sus palabras quedaron grabadas en nuestras mentes y el solo recordar aquel momento se convierte en un aliciente para superar cualquier dificultad. Es bueno saber que les encantó nuestro proyecto a futuro.

Como ya era hora de almuerzo fuimos a un restaurante, el más cercano que encontramos y por cierto el más económico, habíamos copiado las direcciones de todos los pacientes que habían estado hospitalizados con diagnóstico de depresión del año 2014. Tuvimos la iniciativa de hacer un bosquejo, en donde organizábamos las fechas y los horarios donde iríamos a realizar la visita

domiciliaria previa cita por teléfono o en todo caso previo acuerdo después de la visita.

Una vez terminado de organizar nuestros datos, realizamos la primera llamada de un número del que habíamos registrado, marcamos y timbramos una, dos, tres, cuatro veces, los nervios se apoderan de nosotros, cuando escuchamos el bendito ¡Alo! Nos presentamos y le dijimos u podíamos visitarlo que ella nos dijo cuándo puede y a qué hora, obteniendo por respuesta que podíamos Un Si pueden venir mañana a las 5 p.m.

No había duda empezamos con pie derecho, como se dice la suerte estaba de nuestro lado. Es así que con gran entusiasmo nos despedimos habiendo acordado reunirse mañana a las 4 p.m. en el banco de la nación.

Un nos vemos mañana, llevas las entrevistas y la grabadora, fueron las exclamaciones que pondrían fin a este día productivo de gestiones y relaciones.

Viernes 12 de Diciembre.

Nos encontramos a la 4:10 p.m. diez minutos más tarde de lo acordado, echándole culpa a la congestión vehicular, estábamos vistiendo el uniforme de enfermería, respaldando la seriedad de nuestro trabajo, entonces volvimos a llamar a la persona seleccionada y nos dio su dirección en Antonio Raimondi en la Victoria. Le dijimos que en media hora estamos allí.

Tomamos un taxi y nos dirigimos a realizar nuestra primera entrevista, nos encomendamos al santísimo que nos dé una manito y todo nos salga bien, en el camino, íbamos pensando quien iniciaba al dialogo y nos organizábamos para

desenvolvernos de la mejor manera. Con dirección en mano señalamos al taxista dónde dejarnos y le solicitamos dejarnos dos casas más delante de nuestro destino, cancelamos por el servicio brindado y bajamos a un lado de la pista.

Realizamos un pequeño ensayo sobre qué se debía decir y que cosas no decir, para que la persona que nos atendiera tomara con seriedad nuestro trabajo y sobre todo, accediera a todas las visitas que realizaríamos.

Cuando estábamos parados frente a la dirección que nos habían dado, realizamos una llamada haciéndole saber que ya habíamos llegado. Nos contestó que en cinco minutos salía, pero salió más rápido de lo acordado. Era un Adulto joven de contextura delgada, vestía un polo negro con estampados y pantalón jean azul y unas zapatillas.

Nos presentamos y dimos a conocer el motivo de nuestra visita. Al inicio se mostró un poco desconfiado e interrogaba cada una de nuestras palabras, para lo cual utilizando el diálogo resolvíamos sus interrogantes y le mostrábamos documentos que respaldaban nuestra investigación. Creo que fuimos muy empáticos que en cuestión de minutos la actitud del joven cambio.

Mientras conversábamos con él, nos mencionó que quien había sufrido de depresión era su Mamá y nos contó por todo lo que atravesó desde que supo sobre esta enfermedad.

Mientras dialogábamos con el Joven, los ruidos de los carros interrumpían la comunicación y nos invitó a pasar a su casa, nos dijo que vivía con sus hermanos y su mamá.

La plática fue amena, al interior de su casa pedimos divisar que su mamá estaba en su cuarto durante el entrevista estaba permaneció acostada, obtuvimos de sus palabras información importante que nos ayudaría de mucho en nuestros objetivos, palabras van palabras vienen, la entrevista duro 40 minutos. Al finalizar el joven se sentía más tranquilo, a nuestro parecer fue una catarsis el compartir sus vivencias, sus sentimientos, sus pesares, su expresión facial que reflejaba tranquilidad y alivio nos dejo más que satisfechos. Pues como futuros enfermeros comprendimos que habíamos aportado con nuestra escucha activa a apaciguar su dolor.

Nos despedimos con un fuerte apretón de manos y quedamos en volverlo a visitar, de esta manera finiquita nuestra primera entrevista.

Como ya conocíamos el camino de regreso al punto de partida, regresamos caminando hasta cierto tramo, intercambiando opiniones, haciéndonos una coevaluación de cómo nos habíamos desenvuelto, nos decíamos también lo que debemos corregir, nos preguntábamos si habíamos sabido orientar la entrevista. Cuando más no recordábamos ya habíamos llegado a la panamericana. Tomamos una mototaxi hacia el banco de la Nación. Una vez ahí como ya era casi de noche, tomamos la decisión de llamar a la segunda persona que teníamos en la relación que nos proporcionaron.

5:50 pm

Realizamos la llamada y nos contestaron, nos presentamos y le explicamos el motivo de nuestra llamada y le pedimos de favor si podríamos visitarlo a su

domicilio, nos contestó que Sí, pero que vallamos mañana Sábado por la tarde, porque vive en Mesones Muro y trabaja en la municipalidad. Le agradecemos haciéndole presente que mañana estábamos ahí, le preguntamos la hora y nos mencionó que a partir de las cuatro de la tarde lo encontrábamos en su casa. La conversación terminó con un hasta pronto mañana lo visitamos.

Acordamos mañana hacer temprano nuestras actividades y darnos un tiempo para realizar nuestra segunda visita y que nos reuniríamos a las 2:30 p.m. en el terminal de Epsel para ir Ferreñafe y de ahí a Mesones Muro.

Ya eran las 6: 30 p.m así que decidimos ir a nuestras casas.

Sábado 13 de Diciembre:

2:30 pm:

Nos encontramos tal cual lo acordado a la hora y en el lugar exacto y tomamos el carro que nos llevaría a Ferreñafe, fueron 20 minutos de viaje donde íbamos ensayándonos un poco con experiencia íbamos ya, pero de todas maneras una preparación previa no está de más. Una vez en Ferreñafe, nos dirigimos a su plaza y ahí preguntamos cómo haríamos para dirigirnos a Mesones Muro, Un mototaxista nos dijo que nos podía hacer la carrera a Mesones Muro, fueron 15 minutos de viaje donde íbamos contemplando el paisajes naturales hasta cuando llegamos a nuestro destino. Le cancelamos y le agradecemos por el servicio brindado. Y una vez ahí nos echamos a buscar la dirección que por teléfono nos había dado el señor, preguntando, dimos con la dirección llegamos a su casa como se dice bañados en polvo, corría bastante aire y las calles no están asfaltada.

Íbamos a tocar la puerta de su casa, cuando mejor decidimos llamarlo y nos contestó al instante pero nos dijo que había tenido un percance en su trabajo, que lo disculpemos pensé que nos cancelaría la entrevista, pero nos dijo que lo disculpemos por la demora que le demos el encuentro en la plaza del pueblo. Fuimos ahí y nos compramos unos marcianos de pura fruta, pues el astro sol a pesar que ya eran las 5: 00 p.m. no dejaba de brillar en todo su esplendor, si sentíamos que hasta los pies quemaban.

Estábamos en el parque, cuando una persona se acercaba a nosotros y nos dijo ustedes son los estudiantes de la Pedro, le respondimos Si. Nos dijo que el era el señor con el que nos habíamos comunicado. Era un señor de unos 30 a 35 años, estaba vestido con una camisa formal color blanco, pantalón negro de tela, y zapatos negros, todo un funcionario.

Expusimos ante el señor los motivos de la visita, le dijimos si podría colaborar en nuestra investigación y nos dijo que aceptaba ser partícipe de nuestro trabajo, pero que vayamos a su casa ahí sería el mejor lugar para realizar la entrevista, cuando llegamos a su hogar, nos presento a su esposa y a su suegra, ambas estaban tejiendo y tenían una biblia al costado de ellas y vestían ropa de los testigos de Jehová.

Nos brindo unas sillas para tomar asiento, y la entrevista inicio, se le notaba preocupado en casa palabra que emitía, en ciertos momentos agachaba la cabeza y en más de una oportunidad se le quebró la voz, ya casi al finalizar la conversación las lágrimas le ganaron. Nos dijo que lo disculpáramos, nosotros también nos sentíamos un poco mal, nos pusimos en su lugar, felizmente su

esposa, para ese día había recibido la visita de sus hermanos de la religión y le hacían compañía mientras nosotros conversábamos en el patio de su casa.

Terminada la conversación nos despedimos y quedando en mantenerse comunicación constante, para una posible entrevista.

Siendo las 6:30 p.m. de la noche, tomamos la movilidad de regreso a Ferreñafe y de ahí la combi que nos trasladaría a Chiclayo.

Para minutos para las siete de la noche llegamos a Chiclayo, recontrá cansados, estábamos con mucha hambre así que nos fuimos a una esquina donde compramos champú con cachanga y de ahí cada uno partido hacia su casa.

Lunes 15 de Diciembre

10:00 a.m

Luego de pasar un fin domingo con nuestras familias y de analizar la información recolectada fuimos a la universidad en busca de nuestra asesora y explicarle la temática que estamos utilizando, le enseñamos por escrito para que nos diga nuestras falencias, nos dirigimos a la aula donde enseña en la ciudad universitaria, y nos atendió con amabilidad, nos brindó las orientaciones pertinentes y nos felicitó por el empeño que le estábamos poniendo a este trabajo de investigación.

Le agradecemos y fuimos a sentarnos al pasto bajo la sombra de un gran arbusto, ahí sacamos cuenta de los pasajes que estamos gastando para colocarlo en el presupuesto, después cogimos nuestra agenda para hacer una llamada a la posible familia que nos recibiría para realizarle la entrevista, cuando la llamamos

y nos contestó, nos presentamos y le explicamos el motivo de nuestra llamada y la finalidad que tendríamos con la entrevista, entre dudas nos aceptó, nos dijo que vayamos a verla por la tarde a eso de las 4:00 p.m después que da de comer a su mamá y la hace descansar. Bueno nos despedimos quedando visitarla por la tarde. Contentos con la noticia, salimos de la universidad a imprimir unas hojas de consentimiento informado, de ahí viajamos a Chiclayo y cada uno se fue a su casa, a almorzar quedando en encontrarse en la tarde en la plazuela Elías Aguirre.

4:00 p.m.

Una vez reunidos nuevamente, la llamamos a la señora diciéndoles que ya estamos reunidos y si podría darnos la dirección de su casa para poder llegar. Nos indicó que vivía en San Eduardo, cerca al Colegio Rosario, tomamos una carrera y en menos de diez minutos estuvimos en la puerta de su casa. Nos hizo pasar con amabilidad, a su sala ahí estaba sentada en un silla de ruedas su mamá, nos mencionó que fue ella quien padeció de depresión, y que incluso ella misma en ocasiones sentía síntomas de tristeza de verla a su mamá así, de esa manera comenzó la entrevista, la señora entrevista es una mujer madura, profesora, que por cuidar del estado de salud de su mamá había solicitado licencia sin goce de haber. La entrevista fue extensa y muy rica en información para nuestros intereses. El ambiente de la entrevista era de tristeza y eso se veía reflejado en el semblante de la señora. Terminada la entrevista nos retiramos y le agradecemos por su tiempo brindado.

Salimos de casa de la señora y nos fuimos a cada uno a su casa a transcribir la entrevista para así tener toda la información por escrita.

Martes 16 de Diciembre

Quedamos en reunirnos en casa de uno de nosotros los integrantes del equipo estando ahí comenzamos a llamar a los demás familiares de pacientes que habían estado hospitalizados con diagnóstico de depresión, cada uno llamo a un número diferente, pero esta vez si no tuvimos mucha suerte sus teléfonos estaban apagados, fuera de servicio o simplemente no existían. Nos sentíamos mal, porque la muestra tiene que ser más grande, entonces decidimos volver al hospital y ver si podemos conseguir otras direcciones. Nos dirigimos al hospital y buscamos a la responsable de asistencia social, la señora nos reconoció y nos dijo que había relaciones de pacientes que habían sido de alta en esta última vez y nos proporcionó las direcciones.

Le agradecemos mucho por su tiempo y su apoyo, ni bien salimos de su oficina, hicimos una llamada de una de los numero que nos dieron y para nuestra suerte nos contestó, era la voz de una mujer, nos presentamos y le pedimos si nos podría regalar parte de su tiempo para una entrevista, le mencionamos los objetivos de la investigación nos dijo que la visitemos por la tarde, porque ahorita estaba cocinando, para sus hijas y su esposo, le dijimos que la entendíamos y que no había problema en la tarde estábamos visitándola.

Ahí no más en el hospital nos encontramos con la jefa de enfermería del servicio de psiquiatría, nos dijo que habían dos pacientes hospitalizados y que la mañana les habían dado de alta y sus familias estaban ahí en el servicio, nos animó a ir a ver a esas familias, yo les presento nos dijo y así fue; la jefa nos presentó y los familiares nos proporcionaron su tiempo para poder realizar las entrevistas, nos

dividimos el trabajo dos nos quedamos en el hospital a realizar la entrevista a dos familias y uno fue a un tercer encuentro con la señora que con anterioridad nos habíamos comunicado.

Al terminar el día, nos sentíamos muy cansados, pero felices habíamos ampliado las entrevistas y ese era nuestro objetivo. Nos amanecimos transcribiéndolas, al amanecer del siguiente día estaban todas listas, para presentarle a nuestra asesora y esperar su visto bueno.