

LA DEPRESIÓN INCLUIDA EN LA HISTORIA DE LA FAMILIA

THE PRESENCE OF DEPRESSION IN THE FAMILY HISTORY

A DEPRESSÃO INSERIDA NA HISTÓRIA DA FAMÍLIA

María Concepción Pezo Silva¹, Luíza Akiko Komura Hoga², Magüida Costa Stefanelli³

¹ Enfermera. Profesora Principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional "Pedro Ruíz Gallo"- Lambayeque-Perú. Doctora en Enfermería. Grado obtenido en la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil.

² Enfermera Obstétrica. Profesora Asociada del Departamento de Enfermería Materno-Infantil y Psiquiátrica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil.

³ Enfermera. Profesora Titular de la Universidad de São Paulo - USP. Orientadora del Programa de Doctorado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. Asesora del Consejo Director del Instituto de Psiquiatría del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

PALABRAS CLAVE:

Depresión. Familia. Cultura. Comunicación familiar.

RESUMEN: La depresión ejerce un impacto sobre quien es portador y sus familiares cuando ésta se incluye en la vida de la familia. Este estudio de tipo etnográfico tuvo como objetivo describir las vivencias del portador de depresión y sus familiares en el proceso de inserción de la enfermedad en el grupo familiar. Para la recolección de los datos se utilizó las técnicas de la observación participante y la entrevista del contexto familiar de 13 familias peruanas quienes conviven uno de sus miembros con el diagnóstico de depresión, procedentes de dos consultorios de salud mental pertenecientes a una Institución Psiquiátrica Peruana. Fueron considerados los aspectos éticos referidos por la referida Institución de Salud Mental. El tema cultural fue "La depresión insertada en la vida de la familia" que refleja el sufrimiento causado por la enfermedad en los miembros de la familia. El bagaje cultural está presente en las actitudes y el pensamiento de las familias que conviven con el miembro portador de depresión.

KEYWORDS:

Depression. Family. Culture. Family communication.

ABSTRACT: When depression enters familiar life it provokes an impact on the person suffering this disease and their family members. The aim of this study was to describe the personal and family experiences related to the depression suffering process. The research method was ethnographic. For data collection participant observation process of familiar context of 13 patients with medical diagnose of depression in the course of treatment at a Peruvian Psychiatric Institute, was carried out. The cultural theme "The depression inserted in to family life" reflects the impact caused by the disease in families' daily living. It was possible to observe the impact of cultural backgrounds on attitudes and thinking of family members of persons suffering from depression.

PALAVRAS-CHAVE:

Depressão. Família. Cultura. Comunicação na família.

RESUMO: A depressão exerce impacto sobre a pessoa acometida por essa doença e seus familiares quando ela se insere na vida da família. O objetivo neste estudo foi descrever as vivências pessoais e da família do processo de acometimento pela depressão. O tipo de pesquisa foi o etnográfico. Os dados foram obtidos por meio de entrevista e observação participante do contexto familiar de 13 famílias peruanas que convivem com a depressão em um de seu membros. O familiar com depressão encontrava-se em tratamento em consultórios de saúde mental vinculados a uma Instituição Psiquiátrica peruana. Foram considerados os aspectos éticos de pesquisa preconizados pela Instituição. O tema cultural "A depressão inserida na vida da família" reflete o sofrimento que a depressão causa nos membros da família. Foi observado o impacto da bagagem cultural sobre as atitudes e pensamentos dos familiares.

Endereço:

María Cencepción Pezo Silva
Las Magnolias, 536
Urb. Los Parques
Chiclayo - Perú
E-mail: marypezo_2000@yahoo.com

Artigo original: Pesquisa

Recebido em: 15 de maio de 2004
Aprovação final: 20 de setembro de 2004

INTRODUCCIÓN

El impacto que los trastornos mentales y de comportamiento ejercen sobre las personas, las familias y las comunidades es algo incuestionable. La persona que lo porta sufre, no sólo a causa de los síntomas inherentes a su enfermedad, sino también por su incapacidad para trabajar y no poder asumir cabalmente sus responsabilidades familiares tanto en lo económico como en el cumplimiento de las rutinas de la vida diaria.

Los familiares de estas personas, afectadas también por las consecuencias de la enfermedad, se ven obligadas a proporcionar apoyo físico, psicológico, económico, entre otros, y a soportar junto con el familiar enfermo, el impacto del estigma y la discriminación¹.

De los trastornos mentales nos preocupa, de manera especial, la depresión por ser considerada, con frecuencia, un diagnóstico olvidado o no percibido entre los adultos atendidos en hospitales generales debido al énfasis, en los aspectos físicos de la enfermedad, que propugna el modelo biomédico²⁻³.

La prevalencia de los trastornos depresivos en el ambiente médico no psiquiátrico (hospitales generales, instituciones para el tratamiento del cáncer, consultorios externos de SIDA o servicios de la red de atención primaria en salud) constituye del 18 al 83%, siendo éstos consecuentes de una enfermedad orgánica⁴.

La mitad de las visitas al médico, que resultan en diagnóstico psiquiátrico, son realizadas a los de la clínica general, existiendo un bajo reconocimiento de la depresión en este contexto⁵. Frente a los hallazgos de prevalencia de la depresión y su asociación con síntomas físicos, se torna evidente, la importancia del diagnóstico de la enfermedad en contexto médico que no es de la especialidad psiquiátrica.

Lo anteriormente referido nos permite una explicación sobre las cifras de la depresión, que sólo muestran una pequeña parte del "iceberg" estadístico, la visible⁶. Sin embargo podemos afirmar que lo que se desconoce sobre la depresión, incluye no apenas la enfermedad en números sino, también, las vivencias de los portadores y sus familiares con la enfermedad y los aspectos psicosociales y culturales que involucran el problema.

La enfermería es cada vez más consciente del compromiso y obligación que tiene de incluir a las familias en los cuidados de salud. La evidencia teórica,

práctica y de investigación del significado que la familia tiene para el bienestar y salud de sus miembros, así como la influencia sobre la enfermedad, obliga a las enfermeras a considerar el cuidado centrado en la familia como parte integrante de la práctica de enfermería⁷.

Esta afirmación se basa en el hecho de que todo comportamiento humano ocurre en un contexto bio-psico-socio-cultural-espiritual, con la familia en el centro. Por tanto, el conocimiento y el abordaje de una persona sana o enferma deberán partir del estudio de su familia que es su contexto más próximo.

Al pensar en la familia, que tiene entre sus componentes un portador de depresión, inmediatamente emergen preguntas relativas a qué hace para vivir con una persona cuyos síntomas físicos y psicológicos, aún no reconocidos como enfermedad, le causan sufrimiento? Cómo recibe el diagnóstico de depresión? Los sentimientos y reacciones dependen de la estructura familiar?

Investigaciones que consideren estos aspectos servirán de subsidio para la implementación de programas psicoeducativos, en todos los niveles de atención, que permitan a la población un mayor conocimiento de la depresión a fin de prevenirla, fundamentalmente, o identificarla para el inicio del tratamiento. La presente investigación pretende contribuir al develado de esta dimensión del problema.

OBJETIVO

Describir las vivencias del portador de depresión y sus familiares en el proceso de inserción de la enfermedad en la familia.

MÉTODO

Esta investigación fue realizada bajo el paradigma cualitativo porque el investigador que sigue esta línea observa y analiza, siempre en el ambiente natural, su objeto de estudio? personas o comunidades? en cuando a su modo de hablar y su comportamiento y en las significaciones que una persona en particular o un grupo determinado atribuyen a los fenómenos de la naturaleza⁸.

La opción por la etnografía como método de investigación se debe a que ésta constituye un conjunto de concepciones y procedimientos utilizados tradicionalmente por la Antropología para fines de conocimiento científico de la realidad social. En el trans-

curso del estudio etnográfico, el investigador desarrolla el proceso de observación participante. Éste se inicia con la observación y gradualmente se va tornando un proceso participativo y, al final, el investigador se involucra con mayor profundidad en las actividades cotidianas del escenario estudiado⁹.

A obtención de los datos se dio por medio de la observación participante y entrevista. El proceso de observación participante fue desarrollado en los consultorios de salud mental del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSMHD-HN) y en las residencias de las familias. Con este método el investigador entra en el mundo de las personas y examina con ellos los símbolos, rituales y costumbres de su mundo todo lo cual facilita la comprensión de la cultura¹⁰.

Para las entrevistas fueron utilizadas preguntas de tipo descriptivas, que poseen la finalidad de proporcionar al informante la oportunidad de expresar los símbolos presentes en sus vivencias relativas a la convivencia con la persona acometida por la depresión. La pregunta inicial fue: Hábleme sobre cómo es vivir con una persona que tiene depresión? Fueron utilizadas, también, preguntas aclaradoras o complementarias si el caso lo requería, relativas a sentimientos surgidos, causas atribuidas a la depresión, influencia de la enfermedad en las rutinas diarias de la familia, entre otras.

Las entrevistas se realizaron en las viviendas de las familias y, durante este proceso fue posible desenvolver la observación participante. Ese trabajo hizo posible conocer su entorno y la dinámica familiar previa definición del día y hora de la visita, en general los fines de semana para garantizar la participación del mayor número de miembros. La recolección de los datos realizada en el transcurso del año 2002 tuvo como promedio de duración dos horas por familia. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas íntegramente por una de las investigadoras.

Fueron considerados los aspectos éticos de la investigación preconizados por el INSMHD-HN. Se mantuvieron el sigilo y anonimato, identificando a los informantes apenas por el grado de parentesco. La obtención de los datos se inició después de la firma del consentimiento informado.

Análisis de los datos

El proceso de análisis de los datos se llevó a cabo durante y después de las entrevistas⁹. Las lecturas y relecturas de las transcripciones permitieron la

identificación de los aspectos relacionados a la vivencia del portador y su familia con la depresión, lo que permitió la construcción de las categorías culturales.

Presentación del escenario y de los informantes

El escenario donde se llevó a cabo el estudio fue el ambiente familiar de las personas portadoras de depresión con tratamiento en los consultorios de salud mental de dos centros de Salud del Distrito de Independencia en Lima, Perú. La atención de los aspectos de salud mental está directamente bajo la responsabilidad del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, a través de su Departamento de Salud Mental Comunitaria. Es en estas instituciones de salud que el paciente y su familia reciben atención del equipo multidisciplinario. Aclaramos que ningún consultorio cuenta con el equipo completo por la escasez de recursos humanos en esta área. Sin embargo, esta falta es suplida a través de la rotación de algunos profesionales como el psiquiatra y el psicólogo, en cada consultorio de salud mental. La presencia de la enfermera, técnica de enfermería, asistente social y terapeuta ocupacional es permanente en todos los consultorios.

Los pacientes residían en zonas periféricas de la ciudad y eran miembros de familias de medio y bajo ingreso. Estas presentaban semejanzas relativas a las condiciones de la morada, transporte, socioeconómicas entre otras. Las residencias eran, en su mayoría, simples y localizadas en las zonas altas y bajas, de material noble y con dos a tres ambientes.

Informantes

Los informantes de esta investigación fueron los componentes de 13 familias de ambos sexos, que tenían uno o más de sus miembros el diagnóstico médico de depresión unipolar, cuyas edades se encontraban entre los 18 a 50 años y con los cuales se realizaron las entrevistas etnográficas. Se consideró que estas familias constituían un grupo cultural por el hecho de tener aspectos en común tales como atención en el mismo consultorio de salud mental, así como las creencias, valores, prácticas relativas a la enfermedad y a la convivencia familiar con una persona que sufre de depresión.

RESULTADOS

Con el diagnóstico confirmado de depresión,

comienza una nueva etapa en la vida de la familia. Este se inicia con el cuestionamiento del porqué de la depresión en la familia hasta la percepción de las consecuencias de la enfermedad en el grupo familiar relativos a interferencia de los síntomas depresivos en las funciones y rutinas, sentimientos que emergen y las vivencias del familiar enfermo a partir de la depresión.

La depresión causada por múltiples factores

Las múltiples causas de la depresión, apuntadas por los informantes, denotan una visión multifactorial para la presencia de la enfermedad. Entre ellas refirieron con mayor frecuencia eventos, en general relacionados a la pérdida de un ente querido, surgidos en cualquier fase de la vida, como por ejemplo la muerte, la separación de los padres.

Después del fallecimiento de mi esposo, creo que me vino la depresión, pues esos fueron los resultados. (Esposa-P F5); Bueno, siempre mi madre fue así, pero creo que empeoró desde que mi padre salió de casa (Entenada 1 F4).

Fueron expresadas dificultades en serie enfrentadas después del casamiento, comenzando con la separación de la familia de origen, enfermedades de los familiares, hasta problemas personales.

[...] cuando me casé, fui a vivir lejos de mi familia, mi padre se enfermó, y lo tuvimos que internar y fue algo chocante. Eso fue mi carga. Luego mi hermano se enfermó con depresión. Ya mis fuerzas llegaron a un punto que mi cerebro no pudo resistir[...] y también me enfermé (Hija-P F9).

A esa serie de situaciones se suman preocupaciones ocasionadas por tener que estudiar en la universidad y trabajar, problemas entre la pareja y económicos, consumo de bebidas alcohólicas.

Era preocupación por varios factores, trabajo, la cuestión económica, los estudios en la universidad [...] También hubo problemas sentimentales[...] Ab! bebía mucha cerveza los fines de semana... todas esas cosas (Hijo-P F3); Mi esposo mucho me humillaba, me insultaba, [...] sus palabras me ofendían, me hacían sentir nada y me deprimí mucho [...] no quería cuidar de mí (Esposa-P F12).

Los relatos muestran que la justificación de los familiares está relacionada a eventos vivenciados en el pasado, como problemas de relación entre enamorados o esposos y a la situación de orfandad que, a veces, impone a los niños una educación rígida con los consecuentes traumas. También el terrorismo que en el Perú trajo consecuencias catastróficas para las familias. Esos eventos, según los informantes, dejaron como resultado la depresión.

Él se llevaba muy bien con su enamorada, pero se separó de ella. Para mí que su depresión comienza ahí (Hermano F13); Ella es así porque [...] es huérfana de padres y fue criada por su abuelita. Eso afectó a mi esposa [...] desde antes viene arrastrando sus problemas. (Esposa F6); Nervios es lo que tiene mi hijo... desde que estuvo fuera de Lima en la época del terrorismo, en Huancavelica. De ahí él volvió con trauma [...] cambiado (Madre F13).

Los familiares señalaron la presencia de secuelas de enfermedades orgánicas en la niñez como causa de la depresión por el complejo de inferioridad que éstas originan.

Ella tuvo parálisis desde niña y creo que eso produjo su complejo de no poder reír. A veces llora porque quiere reír, pero su rostro se tuerce para un lado. Además de eso tiene complejo por su gordura, todo se juntó y explotó (Prima F7).

Tener que cuidar a la suegra con diagnóstico de esquizofrenia, hecho del cual tomó conocimiento después de casada y haber dejado de trabajar fue referido por una esposa como causa de su enfermedad.

Mi esposo entraba en desesperación porque no conseguía dinero para una u otra cosa y porque mi suegra tiene [...]. Yo desconocía esto, hasta antes de casarme. La desesperación de él a mí me afectó [...] me deprimió. Antes trabajaba, ahora me quedo dentro de casa cuidando a mis hijos y a mi suegra (Esposa-P F8).

El comportamiento del enfermo en el pasado fue destacado, en los discursos, como causa de su depresión. Los hijos de una familia refirieron que el padre está enfermo hoy debido al sufrimiento que él ocasionó a las mujeres, entre ellas a su madre.

[...] la depresión de mi padre se debe a que desde joven tuvo una vida desordenada. Él jugaba con los sentimientos de una y otra chica. Ahora está con cargo de conciencia [...] se lamenta y a veces llora por lo que hizo en el pasado. Hasta ahora no supera eso (Hijo F10).

Dentro de esa multiplicidad de factores, a los cuales atribuyen el surgimiento de la depresión, fue mencionada la herencia. Aunque los pacientes no tengan certeza comprobada de la herencia, lo hacen a partir de sus propias vivencias con los síntomas de la depresión y los consideran semejantes a los ya experimentados y confirmados por otros miembros de la familia.

A veces yo digo que porque mi madre era deprimida, derrepente yo heredé de ella y voy a quedar igual. Yo misma le decía a mi esposo creo que de aquí voy a salir loca. Pero me decía: [...] tú como estás nerviosa, derrepente todo lo que pasó con tu madre está pasando contigo (Esposa-P F8).

Para algunos enfermos y familiares, las condiciones ambientales desfavorables como el vivir en casas cerradas o en ciudades muy pobladas como las grandes metrópolis, así como la migración, afectan a la persona y las apuntan como causa de la depresión.

En la época que vino del interior, no captaba nada y se ponía nerviosa[...]. Decía: No puedo, no puedo y lloraba. Mi madre le puso una profesora particular para ayudarla[...] allá el colegio es diferente. Sólo lloraba y se ponía nerviosa. Eso nos hizo pensar que la diferencia de enseñanza le debe haber chocado (Prima F7).

Cuando la familia intenta encontrar una causa para la enfermedad, algunas, de inmediato, rememoran sus creencias. Fue mencionada la influencia de las reacciones de la madre sobre el niño cuando ella se asusta súbitamente durante el período del embarazo.

[...] yo pensaba de dónde vino eso? [...] estaba embarazada casi en los días de dar a luz. Yo tenía un hijo que se quemó y me asusté muchísimo. Tres días después di a luz a él (señalando al paciente). Pienso que eso originó su enfermedad (Madre F3).

La enfermedad como producto de un mal fue considerada como una posibilidad frente a la cual juzgan necesaria la búsqueda del curandero. Estas personas piensan que el mal es una cuestión sobrenatural.

[...] pensé ir al curandero cuando me daban los ataques de pánico. Uno lo ve tan sobrenatural[...] me preguntaba de qué será que viene el susto (síntoma de la enfermedad) si no ha pasado nada? [...] entonces debe ser algo sobrenatural[...] pero luego pasaba y me olvidaba (Hijo-P F3).

Otros creen que la depresión es producto de la creencia popular de ser víctimas de “daño” (mal encomendado por otra persona) a pesar de hacer prevalecer sus creencias religiosas.

Puede ser que le hayan hecho daño, pero [...]. No hay que pensar en esas tonterías que hay por allá. Creyendo en Dios, El acompaña a uno (Madre F13).

Los síntomas depresivos interfieren en las funciones y rutinas de la vida familiar

La familia al enfrentar la depresión de uno de sus componentes vivencia cambios sustanciales en las funciones y rutinas de la vida diaria que, en presencia de la enfermedad, tienen que ser replanteadas. Ella se ve afectada y enfrenta no sólo sus síntomas sino también, sus efectos en las relaciones intra y extra-familiares y en la economía familiar, principalmente, por el gasto en medicamentos y el hecho de que el enfermo tiene que dejar de trabajar.

Los síntomas físicos y psíquicos de la persona

enferma son, para los familiares, de difícil manejo y percibidos con mayor énfasis, cuando comienzan a interferir en la vida particular y en la propia relación del grupo familiar traduciéndose en la transformación del cotidiano familiar. Es destacado el poco caso prestado al cumplimiento de las tareas de la casa, señalado como responsabilidad inherente a la mujer que no trabaja fuera de casa, y como causa del gradual desamor del marido.

Mi hijo viene del trabajo y tiene que hacer la limpieza, lavar [...]. Toda mujer se casa[...] para que cuide al marido, los hijos, la casa[...] a eso tiene que dedicarse. (Suegro F6); Ella por ejemplo cocina[...] ella no finaliza limpiando la cocina. [...]se cambia de ropa y deja toda amontonada [...] esa ropa se malogra[...]. De ahí vino todo mi desamor y, todo el encanto con que siempre la traté se fue (Esposo F6).

La interferencia de los síntomas, en el día-a-día familiar, fue sentida por la dificultad para compartir diferentes asuntos en familia, motivada por la hipersomnia vivenciada por la persona enferma. Para un padre de familia, el tiempo que la esposa pasa durmiendo a causa de los medicamentos, principalmente los fines de semana, podría ser utilizado para conversar sobre hechos acontecidos durante la semana.

Ella dormía [...] no podía compartir nada, conversar. Eso producía en mí un poquito de soledad porque yo quería conversar con ella, con mis hijos sobre lo que sucedió en la semana. Ella, sin embargo, dormía varias horas, tres horas y todavía se levantaba con dolor de cabeza que yo pienso que era migraña (Esposo F12).

En otras familias, no obstante, son reconocidas las limitaciones para lidiar con el enfermo. Consideran, entonces, necesario un poco de aislamiento para evitar enfrentamientos que puedan profundizar el desajuste existente en la relación familiar.

El problema de mi mamá está originando desunión. Mi hermano mayor está en su cuarto y, trata de no encontrarse con mi mamá porque se va a poner rabiosa. Ella es colérica desde que amanece. Y todos preferimos quedarnos encerrados en nuestros cuartos o salir fuera de la casa [...] (Entenada1 F4)

En la trayectoria de la familia en la cual uno de sus componentes enfrenta la depresión, se percibió esfuerzos para comprender y responder, dentro de lo posible a las exigencias del enfermo. Esto, ciertamente, lleva a la familia a comprenderlo sí, pero hasta cierto punto, cuando sus limitaciones no permiten atender todas sus solicitudes.

Ella no quería ver ninguna discusión. Ahí nadie tenía que alzar la voz. No tenía que faltar dinero[...]. Todo tenía

que estar bien para que ella no se sienta mal [...]. Pero yo le decía 'nosotros somos tus padres, somos pobres y no podemos tener los lujos que exiges[...] por qué te molestan con nosotros?'[...] (Madre F9).

Al relatar la influencia del contexto interaccional vivenciado, sobre la familia, los informantes señalaron las peleas constantes entre el enfermo y familiares del cónyuge y las que ocurren entre la pareja como los factores que más propician la falta de armonía familiar como el surgimiento de temores, bajas en el rendimiento escolar de los hijos y hasta la elevación de la presión arterial de uno de sus miembros adultos.

Tía, tengo miedo, mi mamá nos va a pegar, no queremos salir[...]. Yo le decía a ella, ¡por favor, deja de estar pegando a mis sobrinos[...] (Cuñada F1).

La depresión de mi esposa ha afectado mucho a mis hijos. También vé que mi hijo disminuyó su rendimiento en la escuela (Esposo F12).

Dentro de este contexto, merecen atención las interacciones entre los cónyuges en el ambiente familiar. La enfermedad de uno de ellos afecta al otro y, a su vez, la respuesta de éste al enfermo, constituyendo un círculo vicioso que poco a poco va desgastando la relación de pareja, a lo largo del proceso de la enfermedad.

El volumen y la iluminación de la TV me molesta y a veces me duermo de cansancio. Yo no soy rígido como ella dice[...] si tuviese un cuarto sólo para mí, si ella quiere hasta se podría amanecer viendo televisión[...] (Esposo F2).

Siendo así, la convivencia con la depresión es para los esposos una realidad difícil a ser enfrentada, como pudo ser constatada en una de las familias. Esa dificultad se traduce en sentimientos de cólera y el hecho de tener que vivir sufriendo, pero aguantando, dentro de la propia familia.

Sé que tengo que ser fuerte porque si voy a vivir así para los demás no voy a estar bien. Mi esposo me hace sentir cólera[...] ya le dije que se vaya de una vez, que no lo soporto después de tantos años[...] estoy más nerviosa y creo que voy a morir (Madre-PF2).

En la interacción entre esposos, el machismo presente en ella es otro factor que contribuye a empeorar la deteriorada relación existente. La costumbre de que el hombre reciba atenciones de la mujer, en el cotidiano, se ve afectada por la enfermedad. El "machismo" es un aspecto cultural presente en el cotidiano de la población peruana. La mujer comienza a percibir, por ocasión de la enfermedad, que ya no puede cuidar de sí misma y mucho menos atender las exigencias del esposo.

El cuando sale del baño dice: 'no hay medias, no encuentro, no hay', y yo le digo que todas están lavadas y colgadas en el cordel [...]. El tiene manos por qué no busca lo que quiere, por qué tiene que pedir a los otros (Esposa-P F2).

La depresión ocasiona la aparición de muchos sentimientos

Los miembros de la familia, en estas condiciones, vivencian 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 los enfermos como: tristeza, aburrimiento, miedo de enfrentar la vida, soledad, miedo a la muerte.

Yo me quedaba triste[...] lloraba por las noches y no tenía ganas de comer nada, o sea, sentía que me dolía algo por dentro de mi corazón y que era difícil de soportar. Por eso yo pensaba en salir adelante, en reaccionar (Esposa-P F8).

Esos sentimientos se refieren, también, a lo que siente el enfermo cuando debe desempeñar el papel de responsable de otro familiar con enfermedad mental. La comprensión fue enfatizada como lo que más prevalecía en este relacionamiento.

Yo entiendo a la madre de mi esposo y a pesar de que ella está enferma la comprendo; soy la única que le hace todos sus quehaceres (Esposa-P F8).

En la identificación de los sentimientos de los familiares, frente a los síntomas físicos y psíquicos de la depresión encontramos sentimientos que expresan la dificultad existente para enfrentar diariamente al familiar enfermo, con predominio del sentimiento de cólera.

Ella es sonámbula [...] nada le importa. Eso me da rabia porque yo creo que la mujer debe enfrentar su situación. Como no baña al niño él anda siempre sucio[...] a veces le grito, le llamo la atención con cólera (Suegro F6).

Uno tiene que repetirle las cosas tres veces. Parece como si su cabeza estuviera en otro lado[...] se le tiene que hablar varias veces para que comience a reaccionar. Bueno, eso da rabia[...] (Hijo F10)

Surgió también el sentimiento de impotencia por no poder cambiar la situación vivenciada, acompañada, en algunos casos, de rabia. Esta impotencia está relacionada no sólo a la dificultad para actuar frente al comportamiento presentado por el enfermo, sino también, al hecho de no tener los medios económicos para el tratamiento.

Siento un poco de impotencia[...] eh...a veces un poco de ira, rabia porque él no supera su problema y sigue llevándolo (Hijo F10).

El aburrimiento fue expresado por algunos familiares que manifestaron verbalmente su descontento, sin embargo consideran que no hay otra salida más que soportar al enfermo.

[...] me siento aburrída, pues a veces estoy aquí sentada y[...] derrepente, ella se molesta por todo y todo lo dice con rabia, gritando[...] Mi Dios! Es insoportable! [...] tengo que soportarla[...] (Entenada 2 F4)

Otros manifestaron miedo por lo que pudiese suceder en relación a los síntomas físicos presentados. En algunos, el miedo estuvo relacionado a consecuencias psíquicas frente a la posibilidad de que el familiar se quede 'loco'. Esas situaciones son citadas como causa de mucha preocupación para la familia.

Sentíamos miedo, de que pudiese suceder algo porque su corazón latía rápido[...] casi nada le dijeron sobre lo que tenía. El no sabe[...] (Hermana1 F3); Tengo miedo[...] cualquier cosa puede pasar, quedarse loca. Yo estoy preocupada con ella de verla así nerviosa, triste, siempre llorando, a veces da miedo [...], mucha preocupación; como dice mi mamá, ella puede empeorar (Prima F7).

La depresión genera incomodidad y es una carga pesada para la familia

La experiencia de la depresión caracterizada por la presencia de síntomas, perceptibles por las personas que conviven con el enfermo, pero no siempre reconocidos como manifestaciones de una enfermedad es una vivencia personal del paciente que le genera discomfort. Ese hecho fue confirmado en los discursos de los enfermos al describir sus síntomas físicos y psíquicos.

Me daba como taquicardia [...]mi corazón aceleraba[...] me faltaba la respiración, mis manos sudaban, no tenía ganas de comer, ni de cuidar mi persona[...] no quería salir, ni conversar con nadie. (Hija-P F9); Me duele mi pecho, parece que no puedo respirar, siento como si estuviese cansada, que no hubiese aire en la casa donde vivo (Esposa-P F11).

Los discursos revelaron también la presencia de trastornos alimenticios como pérdida o aumento del apetito.

No tenía mucho apetito, bajaba enormemente de peso, tenía dolor desde la cabeza hasta la nuca[...] no tenía ganas de nada [...], la única cosa que hacía era dormir... me entregué totalmente a la enfermedad [...]. (Hijo-P F3); Mi apetito

aumenta cuando estoy deprimida. Me da ganas de comer más y más. No sé[...] si mi hijo no come, yo como por él lo que deja[...] (Esposa-P F6).

La sensación de quemazón en el cuerpo, llanto y olvidos fueron referidos como quejas que perturban el desenvolvimiento del enfermo cada día.

Siento que quema mi cuerpo, después me da ganas de llorar, de correr, dolor de cabeza no tengo ganas de comer, hasta podría quedar sin comer[...] si hoy hacía una cosa ya mañana no me acordaba, estoy mal, mal[...] (Madre-P F4).

Los sentimientos de baja autoestima consecuentes de la dificultad para concentrarse en las actividades del trabajo, a fin de responder conforme lo esperado por los otros, generaron en los enfermos sentimientos de inutilidad.

Yo trabajo en electricidad de carro y nada me sale bien, no me puedo concentrar en mi trabajo. Entonces el cliente se molesta y yo me quedo bastante avergonzado. Entonces hay algunos que ya no necesitan de mis servicios y se alejan de mí. Siento que me dejan a un lado, que ya no soy útil (Esposo-P F10).

La completa ausencia del deseo de involucrarse en algún asunto agradable fue percibido en uno de los relatos de los informantes. Este fue expresado como cansancio para hacer los quehaceres de la casa y como dificultad para sentir placer en lo que realiza.

Desearía trabajar, pero cuando trabajo, llega un momento que me aburre lo que hago, o sea, no soy estable. Desearía trabajar, pero la rutina me deprime, todos los días lo mismo, cocinar, ir al mercado todos los días (Esposa-P F6).

Los discursos dejan claro cómo es difícil para la familia, en su totalidad, convivir con la depresión. Esos aspectos son vivenciados por el enfermo como el sentimiento de ser una carga para los demás y por los familiares como una carga pesada para llevar.

Me divorcé de él, pero aún no salí de aquí por mi hijo que es pequeño y por mi enfermedad[...]. No sé quien me podría ayudar. El padre de mi hijo gana muy poco, no es suficiente[...] Todo eso me deprime[...]. Mi familia me dice: ven a vivir con nosotros aquí en casa. Pero allá, ellos también se incomodarían[...]. Entonces siento que en todo lugar soy una carga (Esposa-P F6).

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de los datos del contexto estudiado, nos permitió constatar que el modo de actuar y pensar de las familias informantes que conviven con la

depresión es influenciada por el bagaje cultural. Así los valores, costumbres, mitos, modos de comportamiento en face a la depresión insertada en la familia, fueron aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra. La interiorización de esta cultura ocurrida en cualquier fase del desarrollo humano a través del proceso de socialización primaria y secundaria permitió a los informantes de esta investigación la incorporación de significados relativos al ser enfermo deprimido y a la experiencia de convivir con la depresión en un contexto marcado por las diferencias socioeconómicas y culturales.

Los datos evidenciaron que la vida familiar en la convivencia con la persona acometida por la depresión sufre transformaciones, pues los papeles familiares y las rutinas son intensamente modificadas. El cotidiano de la familia se cambia¹¹ y eso provoca inestabilidad en muchos aspectos, inclusive el financiero, originalmente difícil y otras consecuencias, como la falta de armonía familiar.

Varios sentimientos afloran con la aparición de la depresión en un miembro de la familia. Muchas veces son emociones fuertes con las cuales los familiares deben aprender a convivir. Los familiares necesitan de respaldo en el ámbito psicológico para que puedan aprender a lidiar con emociones fuertes de forma más amena, de modo que no provoquen rupturas definitivas en los lazos familiares, cuya ocurrencia fue constatada en algunas familias. En este sentido, encaminarlos hacia los encuentros grupales, orientarlos sobre esta necesidad y estimularlos a participar de manera continua en esos grupos, constituyen posibilidades concretas de asistencia de este ámbito.

Las evidencias demuestran que la depresión genera muchas incomodidades y constituye una carga muy pesada para la familia, reiterando la necesidad de que la asistencia sea extendida a los familiares de las personas que sufren este trastorno. De ese modo, las actividades grupales destinadas a los familiares, son oportunidades para compartir sentimientos, exteriorizar emociones, o visualizar otras posibilidades de convivencia. El conocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre las vivencias familiares con la persona portadora de depresión, contribuye a que éstos puedan comprender con más profundidad la perspectiva de los propios pacientes y respectivos

familiares. Tal comprensión, en la perspectiva émica, es un paso inicial, fundamental para un cuidado socioculturalmente significativo, que debe revelar, primordialmente, el punto de vista de las propias personas a nuestros cuidados.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Raising awareness, fighting stigma, improving care [monograph online]. Beijing; 1999 [cited 2001 Set 27]. Available from: URL:<<http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-67.html>
- 2 Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura. 25ª ed. São Paulo: Cultrix; 1982.
- 3 Kaye J, Morton J, Bowcutt M, Maupin D. Depression: the forgotten diagnosis among hospitalized adults. *J Neurosc Nurs* 2000; 32 (1):7-15.
- 4 Fráguas Jr R, Figueiró JAB. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: Fráguas Jr R, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 3-10.
- 5 Furlanetto L. Diagnóstico. In: Fráguas Jr R, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 11-9.
- 6 Alarcón R. El evento precipitante en la depresión neurótica 1. Revisión de la literatura. *Rev Neuropsiquiatr* 1972; 35(3): 194-211.
- 7 Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.
- 8 Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
- 9 Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991.
- 10 Vítora CG, Knauth DR, Hassen MNA, Fachel JMG, Goldim JR, Leal OF. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo; 2000.
- 11 Colvero LA. Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.