El proceso de transición del familiar, a cuidador de la persona con depresión

Clasificada como un trastorno del humor (CIE 10), la depresión es considerada en la actualidad un grave problema de salud pública, pela forma como puede deteriorar la cualidad de vida de los pacientes e por las implicaciones sociales que envuelve. De acuerdo con la European Alliance Against Depression (EAAD, 2012), se estima que 18,4 millones de europeos sufren de depresión. Un estudio de salud mental realizado en Portugal (2010), a revelado que 7,9% de la populación tenia perturbaciones depresivas, siendo este resultado superior à la media de los países europeos.

De acuerdo con las políticas de salud mental en Portugal, el internamiento en unidades de salud es considerado un recurso de última línea y es en el contexto familiar y social que la persona vive su depresión. Así los familiares deben ser vistos como aliados importantes en la prestación de cuidados. Es esperado que ellos se asuman como cuidadores informales de una persona, cuya situación clínica no conocen y para la cual no están preparados, por no saber lo que hacer. Los familiares tienen que mudar su comportamiento, pero como ocurre esta mudanza ¿

**¿Como es que el miembro de la familia se convierte en cuidador de su familiar con depresión?**

 Objetivos: caracterizar la depresión en la perspectiva del familiar y del paciente; identificar las reacciones que el familiar desarrolla en la relación con el paciente; describir las estrategias utilizadas por el familiar para cuidar del paciente con depresión.

Método: el diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa e inductiva, usando la Teoría Fundamentada. La investigación tuvo lugar en dos polos de las consultas externas del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital de Évora, Portugal, en dos ciudades diferentes, durante el mes de Febrero y Julio, 2009. La selección de participantes se hizo mediante la muestra no probabilística intencional de acuerdo con los criterios: adulto y/o anciano con un diagnóstico clínico de reacción depresiva breve o prolongada (CIE-9); vivir con familiares; capacidad cognitiva para permitir la recogida de datos; participación voluntaria del paciente y su familia. Se realizaron entrevistas narrativas semiestructuradas a ocho familias, correspondientes a 20 participantes. Las entrevistas se llevaron a cabo en los hogares, fueran grabadas en audio y transcritas por nosotros.

Resultados: la codificación axial nos permitió identificar dos categorías:

1ª- narrativa de la enfermedad (inicio, causas, manifestaciones y la caracterización de la depresión). El inicio es identificado por el familiar y por el paciente, mientras que las causas se identifican sólo por el paciente. Para el familiar la depresión se manifiesta por comportamientos agresivos, aislamiento, desinversión y pasividad; es caracterizada como una cosa mala porque destruye las relaciones familiares y manipuladora porque es una manera de conseguir lo que el paciente quiere. Para el paciente, la depresión se manifiesta por señales somáticas, pérdida de la voluntad, tristeza, miedo y aislamiento; es caracterizada como una enfermedad de la cabeza, que no se ve, es inconstante y cambia a la persona.

2ª- estrategias de cuidado (escape, indiferencia, conflicto, chantaje). Como manera de cuidar, el familiar está menos tiempo en el hogar para evitar conflictos, aumenta el consumo de alcohol como vía de escape, ignora la conducta del paciente para no estar en desacuerdo con él, como una forma de estimular exige que el paciente haga actividades, y para disminuir el aislamiento del paciente, el familiar niega participar en actividades sociales si él no lo acompaña. A veces responsabiliza el paciente por la inestabilidad de la familia, intentando así ayudarle a tener conciencia de su comportamiento. No participa en las consultas médicas para que el paciente se sienta más cómodo y rara vez participa en las tareas del hogar, también para que el paciente haga alguna actividad.

Discusión: de alguna manera los familiares cambian, para atender a las necesidades del paciente y el papel de cuidador se construye cada día en la interacción entre las personas que cohabitan. El cuidado adquiere características particulares de contenidos inadecuados a la situación de salud. Todo lo que el familiar hace, tiene la intención de ayudar el paciente a mejorar y superar su depresión a través de un modo diferente de cuidado, pero las estrategias utilizadas conducen el paciente a un mayor aislamiento.

Algunas veces el familiar tiene un sentimiento de culpa, no como consecuencia de haber cometido una mala acción, sino por haber tenido un comportamiento más duro con el paciente y no saber se eso es lo correcto, mientras que el paciente se siente incomprendido y mal aceptado.

Los familiares viven la transición a cuidadores con mucha inestabilidad, porque no saben si lo están haciendo bien. La transición es un concepto central y se encuentra dentro del dominio del conocimiento en enfermería (Meleis, 2007). Si las enfermeras saben cómo los familiares se enfrentan a la depresión de su familiar y las estrategias que utilizan, pueden planificar intervenciones adecuadas para que la transición se haga con estabilidad. Para tal es importante que las enfermeras presten atención a estas familias y hagan su seguimiento, para que los cuidadores reciban orientaciones y apoyo, para que la transición se haga armoniosamente y la relación entre familiar y paciente se mejore.

Referencias bibliográficas

BALLESTER, Ferrando D [et.al]-Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Revista Presencia vol 2, nº4 (2006).

GONZÁLEZ, Luz Angélica Munoz [et al] – Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. Revista Escuela Enfermeria USP vol 1, nº44, (2010) p.32-39

HIGHET, Nicole J. [et.al.]- How nuch more can we lose?: carer and family perspectives on living with a person with depression. The Medical Journal of Australia.Sydney. 181,7, 2004

MELEIS, A. I. – Transitions Theory. Middle. Springer Publishing Company, 2010

MELEIS, A. I.-Theoretical nursing: development and progress.4th ed. Philadelphia:L.W.& Wilkins, 2007

PERA, Pilar Isla-El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura de los Cuidados –Universidad de Alicante, año 4, nº7 y 8, 1º y 2º semestres (2000), pg. 187-194

PEREIRA, Isabel Carvalho Beato Ferraz; SILVA, Abel Avelino de Paiva – Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. Pensar Enfermagem Vol. 16 Nº1 1º semestre, (2012) pg.54-42

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Genebra, 2001 – Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet – Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia, 2002

TOWNSEND, M. C.- Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. Guanabara, Rio de Janeiro, 2002