**Texto para livro de atas – Vitória – novembro 2014**

**Introducción:** de acuerdo con las políticas de salud en Portugal y en la Europa, la persona con depresión deberá hacer su tratamiento y recuperación en su entorno familiar. Como consecuencia de este hecho, el papel de cuidador se asume de forma natural por la familia, pero por veces, no es bien acepte por la persona que tiene la depresión.

La finalidad de este trabajo es comprender como la persona con depresión ve a lo cuidador familiar.

**Objetivos**: Caracterizar la depresión en la perspectiva de quien la vive; Caracterizar el papel del cuidador familiar en la perspectiva del paciente; Describir las reacciones del paciente en la relación con los cuidadores familiares.

**Método:** el diseño de la investigación es de naturaleza cualitativa y 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 en Portugal, en dos ciudades diferentes, durante Febrero y Julio, 2009. La selección de los participantes se realizó por muestreo intencional no probabilístico de acuerdo con los siguientes criterios: ser adulto y/o anciano con un diagnóstico clínico de depresión; vivir con familiares en su casa; tener capacidad cognitiva para permitir la recogida de datos; participación voluntaria del paciente en el estudio. Se realizaron entrevistas narrativas semiestructuradas a 8 pacientes, 1 hombre y 7 mujeres.

**Resultados:** la codificación axial nos permitió identificar 4 categorías:

1ª-Narrativa del proceso de enfermar-se - la depresión tiene múltiples facetas, con una clara identificación del comienzo, causas, características y manifestaciones de la enfermedad. Lo tiempo de enfermedad entre los participantes, variaba entre 4 e 20 años. Las causas se refieren a acontecimientos de vida, actividad laboral y conflictos familiares. La depresión es una enfermedad de la cabeza, es inconstante, no se ve pero cambia la persona. Se manifiesta por alteraciones somáticas, de comportamiento y de gestión de las actividades de vida.

2ª- La depresión y yo - la relación dual entre el paciente y la depresión es muy intima y el cuidador no entra. El paciente desarrolla estrategias para hacer frente a la enfermedad a través del auto-aprendizaje procurando conocer los síntomas y el pronóstico. Con frecuencia se aísla de los demás y recurre a la religión. Por veces trata de buscar la ayuda de un experto (psiquiatra) o de manera informal la ayuda de otras personas con depresión. Hace la gestión de su medicación en función de los efectos secundarios y por veces se torna dependiente de los medicamentos para dormir. Vive sentimientos de desaliento, de inutilidad, de tristeza, pero también de esperanza. Tiene deseos de mejorar su situación de salud y poder volver atrás en el tiempo cuando todo estaba bien.

3ª- Leer el familiar que cuida - el paciente interpreta y atribuye un significado al comportamiento del cuidador familiar. El paciente vive el sentimiento de no sentirse cuidado por falta de comprensión y paciencia, por chantaje emocional, por las amenazas, la agresión verbal, la indiferencia, la falta de diálogo, el control excesivo y la incapacidad para escuchar. El familiar hace tentativas para ayudar el paciente, pero son todas fracasadas.

4ª-Yo, y la relación con el familiar cuidador - el paciente no reconoce la capacidad al familiar para ayudar, ignora sus consejos y opiniones y se siente perdido y sin saber qué hacer. El paciente evita el dialogo y se aísla, o sale de casa por períodos para no comunicarse con los demás. No comprende el familiar, ni sabe lo que el piensa acerca de su situación de salud, se siente solo. La comunicación es muy pobre.

**Discusión:** Cuando hay una persona con depresión en la familia todo cambia y la familia se transforma. Los familiares cambian para responder a las necesidades del paciente y el rol de cuidador se construye cada día en la interacción entre las personas que cohabitan. Por tanto, las estrategias de cuidados se desarrollan de modo reactivo en función del comportamiento del paciente y el cuidado adquiere características particulares.

La relación entre el paciente y la depresión es muy intimista, cerrada y el familiar no hace parte de ella. El paciente no comprende el familiar, pero el familiar también no comprende el paciente. Entre el paciente y el familiar hay una brecha y el paciente no reconoce el familiar como elemento importante en su recuperación, no le reconoce capacidad ni competencia para ayudarle. Entonces, la enfermera tiene un papel fundamental como mediadora, no solo en el conflicto, pero también en la enseñanza de estrategias de comunicación y a través de la enseñanza de lo que es la depresión, sus manifestaciones, tratamiento y su pronóstico. Si la enfermera conocer las dificultades del paciente y sus sentimientos hacia el familiar cuidador, podrá intervenir y planear juntamente con el paciente y su familiar, intervenciones psicosociales que contribuyan para el bien estar de la familia, de modo a que el hogar sea un espacio terapéutico.

**Bibliografia**

Ali, L., Ahlström, B., Krevers, B. & Skärsäter, I. (2012). Daily life for Young adults who care for a person with mental illness: a qualitative study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19, 610-617

Silva, N., Guarda, T., Mendes, M., Godinho, M., Lima, K., Soares, M. (2012). Respuestas de la persona adulta mayor frente a la depresión: revisión integrativa. Desarrollo Científico Enfermería, 20, nº2, 46-50

Ward, E., Mengesha, M. & Issa, F. (2014). Older African American women’s lived experiences with depression and coping behaviours. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21, 46-59