

ASPECTOS QUE FAVORECEN O RESTRINGEN LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA
ENTRE UNA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO Y SU
CUIDADORA

QUINTERO NAVIA YANIDZA

RÜGER ALEJANDRO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA

PROGRAMA ACADÉMICO DE FONOAUDIOLOGÍA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

SANTIAGO DE CALI

2021

ASPECTOS QUE FAVORECEN O RESTRINGEN LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA ENTRE UNA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO Y SU CUIDADORA

QUINTERO NAVIA YANIDZA

RÜGER ALEJANDRO

Trabajo de grado para optar por el título de Fonoaudiólogos

Tutora de trabajo de grado:

KARINA ALEJANDRA ARENAS HERNÁNDEZ

FONOAUDIÓLOGA, MAGÍSTER EN LINGÜÍSTICA Y ESPAÑOL

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA

PROGRAMA ACADÉMICO DE FONOAUDIOLOGÍA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

SANTIAGO DE CALI

2021

TRABAJO DE GRADO APROBADO POR:

DIRECTOR: _____

Mgs Karina Alejandra Arenas Hernández

Fonoaudióloga.

JURADOS: _____

PhD Nora Aneth Pava Ripoll

Fonoaudióloga.

Adriana Arias Arias

Trabajadora Social

Santiago de Cali

(03/02/2021)

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la vida por proveernos la oportunidad de pensar, repensar, aprender y desaprender, por habernos guiado en las decisiones, la orientación, el apoyo, los debates; los acuerdos y desacuerdos que nos permitieron repensarnos tantas cosas que pasan por nuestras vidas.

Gracias a las personas, a nuestras familias, docentes y amigos que estuvieron en el camino, no solo en la producción de esta investigación, sino también en nuestra formación profesional y como seres humanos.

ÍNDICE

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	12
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 GENERAL	19
2.2 ESPECÍFICOS	19
3 MARCO CONCEPTUAL	20
3.1 LA SALUD	20
3.1.1 <i>Salud mental</i>	22
3.2 DEPRESIÓN Y COMUNICACIÓN	22
3.3 LOS FACTORES CONTEXTUALES	24
3.3.1 <i>Barreras</i>	25
3.3.2 <i>Facilitadores</i>	25
3.3.3 <i>Valoración de barreras y facilitadores</i>	26
3.4 LA PRAGMÁTICA DEL LENGUAJE Y PRAGMÁTICA SITUADA	27
3.5 LOS CONTEXTOS COMUNICATIVOS	28
3.5.1 <i>Contexto social</i>	28
3.5.2 <i>Contexto emocional</i>	30

3.5.3	<i>Contexto funcional-intencional</i>	31
3.5.4	<i>Contexto físico</i>	32
3.5.5	<i>Contexto del evento</i>	32
3.5.6	<i>Contexto discursivo</i>	33
3.6	FACTORES AMBIENTALES.....	33
3.6.1	<i>Servicios, sistemas y políticas</i>	34
3.7	INTERACCIÓN COMUNICATIVA.....	34
3.8	LA FAMILIA	35
3.8.1	<i>Familia monoparental</i>	36
4	METODOLOGÍA	36
4.1	ENFOQUE.....	36
4.2	ESTUDIO DE CASO	37
4.2.1	<i>Consideraciones éticas</i>	38
4.2.2	<i>Procedimiento de selección</i>	41
4.3	INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	42
4.4	FASES DE LA INVESTIGACIÓN	43
	<i>Fase I: Identificación del estudio de caso</i>	43
	<i>Fase II: Aplicación de los instrumentos de recolección de datos</i>	44
	<i>Fase III: Análisis de datos – Transcripción de entrevistas</i>	45
4.5	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	45
5	RESULTADOS Y ANÁLISIS	50

5.1	CONTEXTO SOCIAL.....	52
5.1.1	<i>Percepción de madre sobre los roles de su hija</i>	52
5.1.2	<i>Controlada - Estable</i>	54
5.1.3	<i>El diagnóstico</i>	55
5.1.4	<i>Relaciones interpersonales de la hija</i>	57
5.1.5	<i>Interacción comunicativa entre la adolescente y la familia extendida.....</i>	58
5.1.6	<i>Interacción comunicativa entre la adolescente y su núcleo familiar</i>	59
5.1.7	<i>Interacciones comunicativas madre-hija influidas por el contexto</i>	60
5.1.8	<i>Actividades de la vida diaria</i>	64
5.2	CONTEXTO FUNCIONAL.....	66
5.2.1	<i>Sintonía</i>	66
5.2.2	<i>Estrategias de apoyo.....</i>	68
5.2.3	<i>Estrategias otorgadas por profesionales de la salud</i>	70
5.2.4	<i>Comunicación en momentos de crisis</i>	71
5.2.5	<i>Funcionalidad comunicativa</i>	74
5.2.6	<i>Expectativas comunicativo-afectivas</i>	76
5.3	CONTEXTO EMOCIONAL	78
5.3.1	<i>Inferencia de interés y emociones madre-hija</i>	79
5.3.2	<i>Comunicación no verbal, inferencia de estados emocionales</i>	80
5.3.3	<i>Identificación de signos sobre condición de salud inicial.....</i>	81
5.3.4	<i>Cuidadora en alerta</i>	83
5.3.5	<i>Identificación de espacios y momentos</i>	85

5.3.6	<i>Identificación de emociones y actitudes entre madre-hija y otros.....</i>	87
5.3.7	<i>Valores que resalta la madre sobre su hija.....</i>	88
5.3.8	<i>Importancia sobre la necesidad de comunicar de la madre.....</i>	90
5.4	SERVICIOS, SISTEMAS Y POLÍTICAS SANITARIOS	91
5.4.1	<i>Pertinencia del acceso a servicios de salud</i>	93
5.4.2	<i>Acompañamiento profesional dirigido a la madre.....</i>	94
5.4.3	<i>Acceso a servicios de Fonoaudiología</i>	96
5.4.4	<i>Apoyo a cuidadora.....</i>	97
6	CONCLUSIONES.....	100
7	RECOMENDACIONES	103
8	LIMITACIONES	104
9	REFERENCIAS	105
	ANEXOS.....	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala de valoración de las barreras y los facilitadores.	26
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes en la investigación.	37
Tabla 3. Criterios de análisis por categorías.	45

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Aval del comité de ética Universidad del Valle.....	111
Anexo 2. Aval del comité de ética HDPUV.....	113
Anexo 3. Consentimiento informado	114
Anexo 4. Formato de entrevista A.....	118
Anexo 5. Formato de entrevista B.....	122
Anexo 6. Transcripción Entrevista A.	126
Anexo 7. Transcripción entrevista B.....	157

RESUMEN

Este estudio cualitativo con aproximación fenomenológica empírica investigó, desde la percepción de la madre de una persona con diagnóstico de trastorno depresivo, las interacciones comunicativas entre sí. Como técnicas de recolección de datos, se utilizó entrevistas a profundidad semiestructuradas y grabaciones de audio. Como técnicas de análisis de datos se realizó transcripción de datos en audio y la técnica de análisis de contenido. Sobre la técnica de análisis, en esta se tuvo en cuenta los aspectos relacionados con los contextos comunicativos de Duchan (1995) y la categoría de Servicios, sistemas y políticas CIF (OMS, 2001) así como la escala de valoración de facilitadores y barreras, que para fines de esta investigación se adaptó dicha escala.

Al interior de cada contexto y categoría de análisis se identificó categorías y subcategorías que son ilustrados en los datos narrativos. A través del análisis de cada contexto, se identificó y valoró la existencia de barreras y facilitadores sobre los aspectos comunicativos que se encuentran inmersos en la relación madre e hija, especialmente, en el acompañamiento de la madre a la condición de salud de la menor y el apoyo profesional hacia la madre.

Se concluyó que, la comunicación debe tener un abordaje interdisciplinar que incluya al fonoaudiólogo en su labor en el área de salud mental, y que desde sus saberes aborde

a la familia, la persona en pro de la calidad de vida y el bienestar comunicativo de los mismo.

Palabras clave: comunicación, depresión, fonoaudiología, relaciones familiares.

INTRODUCCIÓN

La depresión “ejerce un impacto sobre quien es portador y sus familiares cuando esta se incluye en la vida de la familia” (Silva et al. 2004, p. 511). Según Posada (2013), con base en el estudio de salud mental 2003, el 40,1 % de la población colombiana entre los 18 y los 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirán alguna vez en la vida una enfermedad psiquiátrica diagnosticada. La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad (Posada, 2013), esto significa que las dificultades que presenta la persona con enfermedad mental, no son un asunto que incumbe únicamente al individuo sino también a las relaciones de este con los demás, la forma en como se comunica y las dificultades que puede presentar en las relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, que hará crisis, según los casos, en una persona, en los grupos familiares, instituciones e incluso en sociedades enteras (Martín-Baró, 1984). De esta manera, la comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas. La OMS (2017) menciona que los trastornos por depresión son problemas habituales en salud mental y afectan la capacidad de desempeñarse en las actividades de la vida diaria, lo que a su vez refiere ser uno de los principales desafíos en salud pública. Para Posada (2013), estas condiciones de salud son frecuentes y afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país sin distinción alguna, son costosas tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad. Esta investigación de enfoque cualitativo y de

aproximación fenomenológica permite describir los aspectos que promueven o restringen las interacciones comunicativas entre una madre y su hija con depresión. Para la recolección de datos, se usaron entrevistas a profundidad a la madre de la persona con diagnóstico de trastorno depresivo, que acude al programa de hospital día de un Hospital Psiquiátrico del Suroccidente Colombiano.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La salud mental, definida por Posada (2013), con base en los planteamientos de la OMS, es

un estado de bienestar en el que la persona afronta el estrés usual de la vida en familia y en comunidad o como el desarrollo de las potencialidades de la persona, es parte integral de la salud pública. Esto significa que la promoción de la salud, así como la prevención de los problemas y trastornos mentales, debe trascender la tradicional separación de la salud mental como si esta fuera un campo aparte de la salud en general (p.498)

De acuerdo con Posada (2013), “los trastornos mentales son frecuentes, afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país, ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos, son costosos tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad” (p. 498), por lo que la OMS refiere a las enfermedades mentales como uno de los principales desafíos de la salud pública, siendo así, se hace

necesario trabajar un abordaje integral en la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y enfermedades mentales.

Desde esta perspectiva, los problemas o enfermedades mentales son un asunto que incumbe tanto al individuo como a las relaciones de este con los demás, ya que implican dificultades de relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, que harán crisis, según los casos, en una persona, en grupos familiares, en una institución o en una sociedad entera (Martín-Baró, 1984). Por lo anterior, la sociedad y los profesionales junto a los familiares y las personas con dificultades en salud mental, serán un determinante para modificar semejante situación (Verdugo y Martin, 2002).

En el informe sobre “*Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) y la Organización Panamericana de la Salud – OPS, se menciona que a escala mundial aproximadamente 300 millones de personas sufren de depresión, lo que equivale al 4,4 % de la población mundial. Por su parte, “en Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental (2003) muestra que el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirán alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado” (Posada, 2013, p.497).

Al respecto, en un estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud (2015)

la depresión aparece como la segunda causa de carga de enfermedad, solamente superada por la hipertensión arterial; igualmente se reporta que, como expectativa

de vida de 65 años, en Colombia aproximadamente 18 de estos 65 años se vive con una carga de enfermedad por discapacidad y, de estos, aproximadamente 7.5 años con discapacidad por enfermedad mental (p.2).

En el contexto regional, se identifica que, en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, en el año 2017, fueron beneficiados 17.734 usuarios, de los cuales acudieron 157 con diagnóstico de egreso de hospitalización con episodio depresivo, un 4,89% de la población total, y con trastorno depresivo recurrente 71, un 2,21%. En consulta ambulatoria con episodio depresivo se presentaron 2.139, un 8,20%, y con trastorno depresivo recurrente 1.225, un 4,70%. Los pacientes atendidos por urgencias con episodio depresivo fueron 690, un 8,30%, y con trastorno depresivo recurrente 261, un 3,10% (Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, 2017).

Ahora bien, con respecto a las consecuencias de la depresión, Silva et al. (2004) reconocen que esta ejerce un impacto no solo sobre la persona con la condición de salud sino también en su sistema familiar, a causa de los síntomas inherentes a la situación de salud tales como: la alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza), a menudo acompañada de ansiedad, inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío), sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, que pueden generar limitaciones en las actividades cotidianas. De esta forma, la familia puede verse afectada por situaciones relacionadas con el

reemplazo de roles, y los impactos que genera el estigma y la discriminación (Alonso, 2009).

Las consecuencias mencionadas en el sistema familiar pueden verse reflejadas en lo que Curchill y Stonrman (2004) definen como estructuras de comunicación sistémicas, que median las interacciones de los miembros de la familia. En relación con lo anterior, es posible afirmar que los abordajes de las personas con depresión deben contemplar la dimensión familiar, ya que en esta se configuran relaciones comunicativas particulares que tienen distintos grados de influencia entre sus miembros.

Con respecto al estudio de la comunicación, uno de los profesionales que se ocupa de ella es el fonoaudiólogo, quien desde la comprensión de los subprocesos que la permiten (lenguaje, habla, procesamiento auditivo, cognición, etc.) puede contribuir en abordajes con diferentes poblaciones, entre las que están, en el caso de la presente investigación, las personas tratadas en el área de salud mental (Ramírez y Colina, 2009).

Ramírez y Colina (2009) indican que existe evidencia teórica acerca de patologías en el área de salud mental que cursan con deterioro de las habilidades cognitivas, comunicativas y lingüísticas, pero es escasa la información acerca de un trabajo fonoaudiológico con enfoque interdisciplinario con esta población, ya que en la literatura revisada se evidencia que el diagnóstico de esta enfermedad y sus implicaciones en la comunicación parecen estar olvidados o no ser percibidos, debido al énfasis en los aspectos físicos y médicos de la misma (Silva et al., 2004).

Al Fonoaudiólogo, como profesional de la comunicación y reconociendo la importancia del trabajo con familia como uno de sus campos de acción, implica además de saber y de saber hacer, el hecho de establecer un vínculo con los usuarios, familiares, cuidadores, profesionales y otros que le permitan llevar a cabo sus acciones profesionales en el marco de la comunicación; al tiempo que avanza en los procesos encaminados a brindar apoyos y estrategias que permiten a la persona fortalecer las habilidades comunicativas, mejorar la participación y el funcionamiento en las actividades de la vida diaria en ambientes sociales, familiares, académicos y profesionales (Ramírez y Colina, 2009).

Borrero et al. (2019), con base en los estudios de Bravo y Cardona, reconocen que el trabajo con familia desde Fonoaudiología es usado como un instrumento, es decir, el trabajo con familia a través del ‘co-diseño’, definido por Escobar (2017) como la interrelación entre el conocimiento y la experiencia familiar, las condiciones y herramientas contextuales, y el conocimiento-quehacer profesional, que ayuda y fortalece el proceso, lo cual proporciona avances significativos. En este sentido, los padres y madres cumplen un papel fundamental, siendo las personas que garantizan el mantenimiento de los progresos adquiridos en el contexto de la terapia y en la generalización al contexto familiar (Borrero et al., 2019)

En este sentido, Ramírez y Colina (2009) sugieren que es importante

continuar con proyectos de investigación en el área de salud mental desde la fonoaudiología, para que al compilar todas estas experiencias profesionales, se

evidencie aún más la importancia de este nuevo campo de intervención y desempeño de los fonoaudiólogos, con lo que se amplía también el panorama para aquellos que se están iniciando en la vida laboral (p.32)

Matiz (2007) manifiesta la importancia de bibliografía que sustente el trabajo del fonoaudiólogo con la población con diagnósticos psiquiátricos, *puesto que en su estudio descriptivo del lenguaje y la comunicación del paciente hospitalizado en una unidad de salud mental, los resultados no fueron exitosos*, ya que en palabras del autor, “no existe evidencia clínica fonoaudiológica en el manejo de estos pacientes”, lo que determinó que el fonoaudiólogo se ve limitado frente al manejo procedimental ante estos diagnósticos psiquiátricos.

Siendo así, con esta investigación buscamos contribuir a la comprensión de la relación comunicativa, no partiendo de la percepción del sujeto y su condición de salud, sino desde la madre en su rol como cuidadora principal y el cómo esta situación influye o media la interacción comunicativa entre la madre, y la hija con diagnóstico de trastorno depresivo, en las dinámicas comunicativas intrafamiliares en sus diferentes contextos.

Teniendo en cuenta lo anterior, con esta investigación queremos dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los aspectos que restringen o promueven las interacciones comunicativas entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora?

2 OBJETIVOS

2.1 General

Describir los aspectos que restringen o promueven las interacciones comunicativas entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora.

2.2 Específicos

- Identificar las barreras que restringen las interacciones comunicativas entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora.
- Identificar los facilitadores que promueven las interacciones comunicativas entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora.

3 MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se presentan conceptos claves que guían la comprensión sobre la alta incidencia de la comunicación en los trastornos mentales, específicamente en la depresión, por su relación con los objetivos de investigación. Se revisa el concepto general de salud, seguido de la relación depresión y comunicación, este último, no solo como un proceso alterado por la enfermedad, sino también, como uno de los aspectos que indican la condición de salud. Seguido, se encuentran conceptos claves como barreras y facilitadores en el marco de factores contextuales de acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionalidad – CIF, que en el análisis será la guía para valorar el grado de barreras y facilitadores.

Se abordan, además, la pragmática del lenguaje y la situada como procesos intrínsecos al uso del lenguaje y sus diversas formas, para incidir en otros, así mismo, se relacionan los contextos comunicativos de Duchan (1995), que son el eje del análisis, especialmente cuatro de los seis contextos propuestos por la autora. También, se describen los sistemas de funcionamiento, como la interacción y las dinámicas comunicativas entre individuos y sus procesos. Finalmente, se presenta el concepto de familia.

3.1 La salud

La salud es una constante preocupación de la humanidad. La OMS (como se citó en Navarro, 1998) la define no sólo como la ausencia de enfermedad, sino también como el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad, no

obstante, la salud se redimensiona mucho más allá, puesto que es un proceso dinámico, cuya idea de malestar y/o bienestar dependen del propio individuo, es decir, se conceptualiza como un estado relativo; de “salud-enfermedad” dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales); producto dinámico y variable de todos los determinantes sociales que conlleva niveles de calidad de vida (Catalán y Talavera, 2012).

Así mismo, Catalán y Talavera (2012) insisten:

en dos aspectos que posee la salud-enfermedad, uno subjetivo, (sentirse bien o mal) y otro objetivo y observable: la posibilidad de funcionar. De esta manera, estar en buena salud es equivalente a la suma de “bienestar” (sentirse bien, no tener molestias ni sufrimientos) y “capacidad de funcionar” (poder trabajar, jugar o estudiar según la edad, relacionarse con sus semejantes, etc.). Ambos pueden existir en diversos grados, lo que implica que puede haber una gradación en nuestra salud (p.170).

Por lo tanto, “el concepto de salud actual se integra a la necesidad de contar con unas condiciones de bienestar del individuo, a su derecho a una calidad de vida digna, al acceso a servicios básicos que le garanticen un desarrollo de aquellas libertades fundamentales (capacidades)” (Arango, 2007, p.71).

3.1.1 Salud mental

La OMS (2021) define la salud mental como un componente integral y esencial de la salud, reconociendo que esta está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos.

En este sentido, de la salud es posible decir que es la muestra esencial de bienestar que representa calidad de vida de los individuos y de la sociedad. Esta se compone de varias esferas, entre las que se encuentra la salud mental, que para Bareiro (2014)

“Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. El reconocimiento de que todo sujeto, por el hecho de ser persona, tiene por principio el reconocimiento moral de la comunidad a la cual pertenece (Habermas) como ejercicio del principio fundamental de determinar la dirección de sus propios fines (Kant). (p.215)

3.2 Depresión y comunicación

“Cuando se usa el término depresión, se hace referencia a un amplio espectro de trastornos que comparten ciertas características, que varían en sus causas, intensidad, sintomatología, cronicidad y curso” (Londoño y González, 2016, p.316). Aldana y Zuluaga (2019) explican que el ánimo deprimido se experimenta, a través, la pérdida de la energía e interés, sentimiento de culpa, dificultades en la concentración, pérdida del apetito y

pensamientos suicidas. Entre la sintomatología se hallan los cambios en los niveles de actividad física, alteración en funciones cognitivas, del habla y de funciones vegetativas como el sueño, el apetito, la actividad sexual y otros ritmos biológicos.

En adición, “la irritabilidad y el aislamiento social, [...] la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia” (Pardo et al., 2004, p.19) son factores asociados a la depresión. También se cuenta con algunas posibles situaciones que ocurren en la adolescencia como son los problemas familiares que incluyen el abandono familiar (Pardo et al., 2004). De acuerdo con Pérez y Urquijo (2002), sobre el Cuestionario de Depresión para niños (C.D.S.) de Lang y Tisher, se contemplan las respuestas afectivas que indican el estado de sentimientos del individuo, también, los problemas sociales que hacen referencia a la interacción social, al aislamiento y a la soledad, así mismo, la autoestima que abarca la autoconcepción del individuo y sus actitudes.

Para Leyva et al. (2007), la falta de comunicación, en adición a lo mencionado anteriormente, es alguna otra alteración de las interacciones que se presenta en adolescentes con diagnóstico de depresión “La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y, hace posible la interacción entre las personas” (Peña et al. 2010, p.115). En palabras de Arango et al. (2016), a partir de la comunicación se construyen las relaciones familiares entre sus integrantes. En esencia, reside en procesos de relación e interacción, partiendo del compromiso inherente de comunicar (Watzlawick et al., 2011) por ejemplo, en las diferentes manifestaciones de rechazo, desacuerdo o redefinición del mensaje transmitido.

Cada comportamiento tiene un valor comunicativo, lo que depende de quién lo otorga y quien lo perciba, lo que a su vez se ve limitado por los diferentes intercambios comunicativos que se condicionan según la relación que haya entre los interlocutores; ya que toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los mismos y otros (Rizo, 2011), y los trastornos psíquicos reflejan las perturbaciones en la comunicación.

3.3 Los factores contextuales

“Factores Contextuales son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF” (OMS, 2001, p.207), es decir, que estos representan el trasfondo total tanto de la vida del individuo como de su estilo de vida, estos pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados “relacionados con la salud” de esta persona (OMS, 2001).

En el contexto/entorno inmediato de la persona, se incluyen espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo y/o de estudio, y las situaciones del medio con las que la persona tiene que enfrentarse, el contacto directo con otros, tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos, así como la interacción con las estructuras sociales formales e informales en las diferentes actividades que se realizan en la vida cotidiana¹ (OMS, 2001).

¹ El desempeño de las actividades de la vida diaria, se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los Factores Contextuales (Parafraseo de la CIF)

Los factores contextuales pueden convertirse en barreras o facilitadores según su presencia negativa o positiva para el individuo (OMS, 2001) de forma que un entorno donde estos existan, restringirán el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras o porque no proporcione elementos facilitadores (OMS, 2001).

3.3.1 Barreras

Para la OMS (2001) las barreras

“Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea inaccesible, falta de tecnología asistencial adecuada, actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas sanitarios que bien, no existen o dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida” (p.232).

3.3.2 Facilitadores

Para la OMS (2001) los facilitadores

“Son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico sea accesible, la

disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas sanitarios que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. También la ausencia de un factor puede ser un facilitador, por ejemplo la ausencia de estigma o actitudes negativas entre la población. Los facilitadores pueden prevenir que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación, puesto que contribuyen a mejorar el rendimiento real al llevar a cabo una acción, con independencia del problema que tenga la persona respecto a la capacidad para llevar a cabo dicha acción” (p.232).

3.3.3 Valoración de barreras y facilitadores

La CIF (OMS, 2001) propone dos escalas, una positiva y otra negativa, con las que se valora el grado en que uno o varios factores actúan como barrera, en este caso, de acuerdo a los factores planteados por la misma organización que contemplan cuatro componentes del individuo, como son: las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y participación, y factores ambientales. Un punto decimal aislado indica que es una barrera, y el signo + indica que es un facilitador, así:

Tabla 1. Escala de valoración de las barreras y los facilitadores.

Barreras	Facilitadores
xxx.0 NO hay barrera	xxx+0 NO hay facilitador

xxx.1 Barrera LIGERA	xxx+1 Facilitador LIGERO
xxx.2 Barrera MODERADA	xxx+2 Facilitador MODERADO
xxx.3 Barrera GRAVE	xxx+3 Facilitador GRAVE
xxx.4 Barrera COMPLETA	xxx+4 Facilitador COMPLETO
xxx.8 Barrera, no especificada	xxx+8 facilitador, no especificado
xxx.9 no aplicable	xxx.9 no aplicable

Fuente: OMS (2001)

3.4 La pragmática del lenguaje y pragmática situada

La comunicación afecta a la conducta y esta es un aspecto pragmático. Ambos términos, comunicación y conducta, se usan como sinónimos, pero los datos de la pragmática no son sólo palabras, (en función de configuraciones y significados) que están al servicio de la sintáctica y la semántica, sino también, sus concomitantes no verbales y el lenguaje corporal. Por ende, las conductas personales y los componentes comunicacionales son inherentes al contexto en que la comunicación tiene lugar. Así, desde esta perspectiva de la pragmática, toda conducta, y no sólo el habla, es comunicación y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales afectan a la conducta (Watzlawick, et al. 2011).

La visión de la pragmática situada supone que el proceso de comprensión del lenguaje es parte integral de la comprensión del mundo. Además, supone que comprender el mundo implica algo más que mirarlo y recordarlo. En lugar de una visión mimética o de copia del aprendizaje, la visión pragmática situada argumentada propone la

interpretación de lo que está sucediendo mediante la inferencia de significados no observables. La suposición, entonces, es que para entender los eventos en el mundo uno debe hacer más que memorizar y clasificar eventos similares. Una representación mental de lo que está pasando implica una gran cantidad de interpretación relevante, o qué vamos a llamar "sentido" (Duchan, 1995).

3.5 Los contextos comunicativos

El principio de interacción concibe a la persona como parte de un sistema de relaciones en el que las características individuales interactúan con distintos factores del contexto, y como resultado, se encuentra diversos desempeños comunicativos. Duchan (1995) plantea seis contextos que influyen y hacen parte de la comunicación, a su vez, han sido propuestos como áreas fundamentales para organizar los programas de intervención del lenguaje, como: el contexto social, el contexto emocional (afectivo), el contexto funcional (intencional), el contexto físico, el contexto del evento y el contexto discursivo, que permiten brindar apoyos de diversas maneras. Según la misma autora, para entender los significados que hay detrás de las experiencias de eventos cotidianos, el ser humano debe inferir los roles sociales y las intenciones de otros con los que se relaciona en esos contextos, así como las relaciones temporales, espaciales y causales entre sí.

3.5.1 Contexto social

En este contexto se evalúa la concepción que se tiene de la persona a partir de los roles que le son asignados en las interacciones, que a su vez, median las actividades de la vida cotidiana y las oportunidades que se brindan o no para que su desempeño

comunicativo posibilite la participación social. Esta concepción puede ser de tipo competente, es decir, que asume diversos roles, o por el contrario, se concibe con una mirada deficitaria o incompetente, lo que conlleva a una asignación restrictiva de roles (Gómez, 2016).

Gómez (2016) en otras palabras

“se evalúan las actitudes entendidas como las consecuencias observables de las costumbres y prácticas ideológicas, normas, creencias reales y creencias religiosas. Estas actitudes influyen en el comportamiento y la vida social del individuo en todos los ámbitos, desde las relaciones interpersonales” (p. 4)

Por lo que, incluye opiniones y creencias de los miembros de la familia cercana, de los amigos, de la cuidadora, entre otros.

Duchan, (1995) considera 5 aspectos en los que se recoge lo descrito con anterioridad:

Relaciones de roles. Asumidos en diferentes interacciones sociales, varían con la cultura, el evento (agendas) y relaciones de poder entre los participantes.

Diversidad de roles. Asignación de rol competente o restrictivo, que condicionan la participación en eventos que permiten o no mostrar habilidades y asumir responsabilidades.

Distancia de roles. ¿Cómo asumen los roles asignados? Es decir, si hay una adherencia al rol y un distanciamiento de la misma de la identidad.

Reciprocidad de roles. Vía para construir lo que otros hacen y piensan durante la interacción a través, de identificar lo que motiva al otro, adaptar la comunicación y responder en consecuencia.

Relaciones de pares. ¿Cómo participan en las interacciones con sus pares u otros interlocutores? Apoyos o estrategias para la adaptación social como miembro de un grupo social.

3.5.2 Contexto emocional

“Las investigaciones en literatura de emoción o afecto han revelado variedad de formas en que comúnmente se aprende sobre comunicación usando la emoción como un contexto para organizar el aprendizaje.” (Duchan, 1996, p.48). A continuación, se relacionan 4 métodos sugeridos por la autora para intervenir, en este caso se abordarán para el análisis posterior de información:

Sintonía afectiva. Armonía del estado de los sentimientos de la persona, como la ira y el entusiasmo, y la armonía de la vitalidad emocional que involucra agitaciones en la conducta. El estado de los sentimientos requiere ser respondido con una imitación de la armonía de los sentimientos del original y la carencia de esta, es la evidencia de que el interlocutor experimenta un instante de sintonía afectiva, y no la forma o contenido de la expresión del individuo.

Referencia social. Requiere que el interlocutor sea hábil para dar las expresiones relevantes de interés cuando el individuo las requiera. Este incluye, la habilidad de comprometerse en la atención colectiva, y el entendimiento que se puede inferir de los

estados internos a partir de las expresiones faciales, entre otros. Atención mutua que se muestra en la realimentación que el individuo puede sacar de su ambiente, y de que este puede ofrecerle no sólo la información acerca de qué aspectos de su contexto son seguros o peligrosos, sino también la información acerca de la importancia del afecto en las expresiones comunicativas diarias.

Empoderamiento. Hace referencia a las actividades de afecto que permiten al individuo expresar sus acciones de cariño.

Mantenimiento de la imagen o dignidad. Se relaciona con la conciencia social, es decir, la mirada que se tiene sobre el individuo y el cómo se evalúa a este.

3.5.3 Contexto funcional-intencional

Sobre las funciones de lo que parecen ser actos de comunicación, se cree que están destinados a comunicar algo a alguien. A veces, se supone que cada acto transmite una única intención, pero desde una perspectiva más amplia y situada de la intencionalidad, se considera que la intención es intrínseca a lo que está ocurriendo en la situación general (Duchan, 1995).

Intenciones de un acto individual. La intencionalidad es vista como algo involucrado en un evento o contexto discursivo, actos como tal requieren de interpretación en contextos más amplios. La habilidad del individuo para llevar a cabo sus intenciones depende de la habilidad de los interlocutores para interpretarlos.

Agendas. Teniendo en cuenta la intencionalidad, entonces, esta llega a ser parte de unidades y las no muy amplias podrían ser consideradas como actos múltiples que cumplen un propósito individual, a esto, se le denomina agenda.

Otro aspecto que se considera en este contexto es la habilidad de identificar aspectos que posibilitan o no la comunicación y también, la habilidad realizar ajustes a estos lograr una adaptación tal del discurso que permita llevar a cabo la interacción comunicativa, que reúne la comunicación verbal y corporal.

3.5.4 Contexto físico

La disposición del espacio en el contexto físico puede facilitar la comunicación creando espacios interesantes y sugerentes en una casa, es decir, diferentes tipos de comunicación como producto de la diversa mediación por los espacios, objetos y personas que habiten o paseen por los espacios (Duchan, 1995). En este se contempla dos aspectos objetos físicos y la organización del espacio físico. Para fines del proyecto, el segundo es de gran significancia, debido a que incluye la estructura física del lugar en el que se habita y la distribución del mismo, como escenarios que “pueden o no promover las ocurrencias de las interacciones comunicativas y afectar la calidad de las mismas” (Gómez, 2016, p.6) de acuerdo a su configuración y al uso que se les dé.

3.5.5 Contexto del evento

Este, tiene sustento “en los planteamientos acerca de que el uso del lenguaje está determinado por el sentido que se le da a los eventos sociales que en las personas se

comunican” (Gómez, 2016, p.5). por lo que, hace referencia al conocimiento de cómo funciona un evento (agenda), el rol de cada participante en el marco del mismo, así como de las secuencias de acción y sus relaciones temporales o causales, que finalmente permiten describir y participar en un evento, en este, los participantes están involucrados en una actividad que permite más que hablar o escribir (Duchan, 1995).

3.5.6 Contexto discursivo

En el contexto discursivo se traza una meta particular que se pretende alcanzar, a través de distintas intenciones y herramientas discursivas, como, por ejemplo, la persuasión. El discurso, carece de accesorios, en comparación con los eventos; o si los hay, son auxiliares de lo que se está logrando, es decir, que los diferentes usos del lenguaje son los medios para lograr incidir en el pensamiento y actuar de los demás, o sencillamente, apoyar el sentir del otro (Duchan, 1995).

3.6 Factores ambientales

“Los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas” (OMS, 2001, p.173) Esta, es una de las 4 dimensiones que se evalúan en la CIF (OMS, 2001) y para fines de este proyecto, se considera de importancia para analizar algunos aspectos identificados desde el cómo el acceso a servicios, sistemas y políticas, específicamente de salud, actúan como garantes de calidad de vida, en este caso, del de una persona con diagnóstico de depresión y de su cuidadora.

3.6.1 Servicios, sistemas y políticas

Esta, hace parte de las categorías de la dimensión de Factores contextuales, y es definida por la CIF (2002) así:

Servicios. Provisión de beneficios, programas estructurados y operaciones, diseñados para satisfacer las necesidades de los individuos. Incluye a las personas que brindan estos servicios.

Sistemas. Control administrativo y mecanismos organizativos establecidos por el gobierno o autoridades reconocidas para organizar, controlar y supervisar los servicios que brindan beneficios.

Políticas. Reglas, reglamentos, convenciones y normas establecidas por los gobiernos u otras autoridades reconocidas de ámbito local, regional, nacional e internacional. (p.194)

Como sub categoría, de Servicios, sistemas y políticas se ha seleccionado la de ‘sanitarias’ ya que recoge lo relacionado con “prevenir y tratar problemas de salud, proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable.” (CIF, 2002, p.198)

3.7 Interacción comunicativa

En palabras de Arango et al. (2016, p. 41),

Toda interacción con el otro trae consigo un mensaje que movilizará la conducta de los participantes. Es imposible dejar de comunicar, de comportarse, aún en los silencios estaremos en un proceso comunicacional. Lo que significa que la comunicación no es sólo verbal sino también gestual – no verbal.

El concepto de interacción hace referencia a los procesos de comunicación entre humanos, que toman lugar central para la comprensión de los fenómenos sociales. Es un proceso de organización discursiva entre sujetos que, haciendo uso del lenguaje, actúan en una constante de afectación recíproca; la interacción es la trama discursiva que permite la socialización del individuo por medio de sus actos, la adaptación al entorno y la comprensión de las acciones propias y ajenas (Peña et al., 2010).

De esta forma, la comunicación es interacción, y “la comprensión de lo que el paciente asimila dentro de la interacción comunicativa (mensajes transmitidos) constituye una red de significados que posiblemente repercute de manera directa en que éste acepte y asimile su situación” (Peña et al., 2010, p.114).

3.8 La familia

Cuando hablamos de familia, para Espinal et al. (2006) esta se define como “un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior” (p. 23); reconociendo la variedad de estas y la importancia de definirlas para el objeto de estudio en cuestión, López et al. (2011) menciona que

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con una condición de salud, la dinámica familiar se ve alterada. (p.113)

3.8.1 Familia monoparental

Este término se refiere a aquellas familias en las que hay un solo progenitor, ya sea por muerte, separación o por los hijos nacidos fuera del matrimonio. De acuerdo con Ritvo y Glick (2003), este tipo de familia sufre continuos de ajustes dependiendo de la elaboración de situaciones en torno al padre o madre ausente, así mismo, en la asunción de roles que demanda la nueva estructura y organización de la familia en cuanto a ser papá y mamá al mismo tiempo.

4 METODOLOGÍA

4.1 Enfoque

Situamos este estudio sobre un enfoque cualitativo con aproximación de la fenomenología empírica, que se fundamenta en la descripción de las experiencias de la participante desde su propio punto de vista. Esto con el fin de visualizar, dejando de lado las experiencias de los analistas, una nueva perspectiva del problema de estudio, identificando las unidades de significado y generando temas, patrones y categorías con el fin de dar a conocer una descripción de las experiencias y su estructura contextual. Esta investigación nos permitió describir el significado de las interacciones comunicativas madre-hija, y dio razón sobre cuál es el significado, estructura y esencia de la experiencia vivida de forma individual-grupal respecto a la situación problema. Los datos obtenidos

a través de entrevistas a profundidad se analizaron a la luz de unas categorías adoptadas del marco teórico de referencia y categorías emergentes del análisis.

4.2 Estudio de caso

Los estudios cualitativos se realizan con individuos, grupos, comunidades u organizaciones. En cualquier caso, no con grandes poblaciones, pues trabajar el elemento subjetivo no es viable en comunidades ampliamente numerosas (Rodríguez, 2011). Hicimos uso del *estudio de caso*, ya que permitió explorar a profundidad la experiencia de la madre con su hija en torno a la depresión y la comunicación, durante un periodo sustancial de tiempo (Stake, 1995).

En concordancia con los criterios de inclusión y exclusión de la misma entidad para con las personas miembros del programa y partiendo de estos, a continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión para la investigación:

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes en la investigación.

Inclusión	Exclusión
- Sobre los hijos, asistentes al programa de HD: - Participación voluntaria con consentimiento informado. - Que resida con uno o ambos padres.	- Sobre los hijos, asistentes al programa de Hospital Día (HD). - Que el hijo o hija abandonen el programa de hospital día. - Tiempo inferior a seis meses con el diagnóstico.

• Que asista al programa de hospital día del HDPUV. • Sin diagnóstico dual. • Sin historial de consumo de sustancias psicoactivas. • Tiempo mínimo o mayor a 6 meses con el diagnóstico de trastorno depresivo. • Ausencia de alteraciones cognitivas y sin episodio agudo. • Persona sin hijos. • Estado civil: soltero. • Que al menos uno de los padres lo acompañe al hospital día. • Que al menos uno de los padres quiera, en el caso de ser seleccionado, participar en el presente estudio.	• Persona que no viva con su padre y madre. • Persona con hijos. • Persona con historial de consumo de sustancias psicoactivas. • Con alteraciones cognitivas o episodios agudos. • Menor de edad o mayor de 25 años. • Sobre los padres de hijos que asisten al HD. • Retiro voluntario de los padres de la investigación.
---	---

4.2.1 Consideraciones éticas

En esta investigación, consideramos la Ley 23 de 1981, que dicta normas en materia de ética médica instauradas por el Congreso de la República. De acuerdo a uno de sus

apartados correspondientes a la declaración de principios, señala que “tanto en la sencilla investigación científica como en las que se lleve a cabo con fines específicos y propósitos deliberados, por más compleja que ella sea, el médico se ajustará a los principios metodológicos y éticos que salvaguarda los intereses de la ciencia y los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo su integridad” (artículo 1) (Aldana y Zuluaga, 2019, p.43). En este sentido y según la Resolución 8430 de 1993, se consideró que el estudio es de riesgo mínimo.

Esto, considerando que no se trabajó con la persona con el diagnóstico de depresión, sino con la madre de la persona. En ese sentido, las entrevistas a profundidad en la que se contó con la participación de la madre, fueron guiadas por preguntas sobre rutinas familiares, intereses propios, y experiencias actuales, reconociendo la trayectoria, además, como se planteó en la propuesta de investigación, no se realizó terapia, ni intervención, por lo que, se considera de riesgo mínimo.

Para la realización del estudio fue necesario contar con: 1) La entrevista inicial con la que se indaga sobre aspectos relacionados con la interacción comunicativa con su hija, en situaciones cotidianas que viven en familia y de forma individual, y relacionadas con el diagnóstico. 2) Las grabaciones de audio y notas de diario de campo. 3) Posterior a la primera entrevista, se identificaron algunos tópicos a tener en cuenta para alcanzar una saturación de información en el segundo encuentro, a través de la elaboración y uso de un segundo instrumento.

A partir de la segunda entrevista, se inició con la consolidación y clasificación de la información recolectada de acuerdo a las categorías de análisis para así realizar la caracterización de la interacción comunicativa. Para poder acceder a esto, la madre, a través de su firma del consentimiento informado en el marco de la investigación “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”, en el cual, autoriza su participación en la investigación y el acceso a los datos anteriormente nombrados, para fines relacionados exclusivamente con aspectos académicos.

En este sentido, debido a que los datos de la investigación fueron tomados de las entrevistas realizadas a la participante, se reconoce la plena confidencialidad de los datos tales como información personal, grabaciones de audio y notas de campo de los mismos, teniendo acceso a estos únicamente los investigadores y directora del proyecto durante el tiempo que dura el estudio (Agosto – diciembre del 2020), así mismo, la información se guardó en el ordenador personal de una de las investigadoras en una carpeta con clave; tanto en la escritura del proyecto como en la presentación del informe, se le(s) asignará un pseudónimo a la madre “MEM” y a la hija “D”.

La participación de la madre, fue voluntaria, no le generó ningún costo, ni recibió remuneración a cambio. Durante cada entrevista se le recordó su derecho de retirarse en cualquier momento, y el de abstenerse a responder alguna pregunta, si así lo consideraba, y que tales acciones no le traerían ningún tipo de consecuencias. Es importante destacar que la única responsabilidad que demandaba la investigación de la

madre, era su participación en las entrevistas a profundidad, con el fin de recolectar los datos dentro del tiempo previamente nombrado.

4.2.2 Procedimiento de selección

Luego de obtener el aval del Comité de ética de la Universidad del Valle (Anexo 1), se obtuvo el aval del comité de ética del HDPUV, requisito necesario tanto para la acción del proyecto de investigación (Anexo 2). Seguido se hizo contacto con la trabajadora social del programa, en calidad de profesional de apoyo para el proceso de selección del estudio de caso de acuerdo al perfil de los criterios de inclusión y exclusión. La ruta, fue la siguiente:

- a) Sugerencia de candidatos (3) potenciales para iniciar el proceso de selección, sin conocer los datos personales.
- b) La trabajadora social proveyó los datos de una persona de la lista y se procedió a establecer contacto telefónico con esta, luego de que autorizara el uso de sus datos. Durante la llamada, se dio explicación por parte de los investigadores, sobre los objetivos del proyecto y los aspectos que implicaban su participación voluntaria al mismo (Anexo 3).
- c) La mujer, accedió a participar voluntariamente en proyecto, conociendo las implicaciones de su participación y sus derechos en torno a esta, especialmente para el abandono de la investigación, cuando y por el motivo que lo considerara, aspectos también descritos en el (Anexo 3).

- d) Se estableció fecha, lugar y hora, para llevar a cabo el primer encuentro en el que se retomarían dudas sobre el consentimiento informado ya socializado en la llamada, la firma del mismo y la realización de la primera entrevista a profundidad.

Uno de los criterios de exclusión para la selección del cuidador, estaba puesto en que su hijo/a, no tuviese un diagnóstico dual; la trabajadora social del Hospital, quien apoyó el proceso de selección y referencia, sugirió a la participante, que si bien su hija presenta diagnóstico dual, el que predomina psiquiátricamente, es el de depresión, por lo anterior, se realizó la excepción a dicho criterio de exclusión. En consecuencia, esta investigación se llevó a cabo con una mujer adulta, madre de una adolescente de 17 años, con diagnóstico de depresión desde hace 4 años, y que acude al programa Hospital día del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, con una anterioridad de 6 meses.

4.3 Instrumentos para recolección de datos

Taylor & Bogdan (2008) afirman que “El estudio en profundidad es un acercamiento a lo social cualitativamente diferente al abordaje de las llamadas relaciones macro-sociales, en tanto el tratamiento de lo "macro y de lo micro" implican dos niveles de análisis que se complementan; pero cuyos resultados son diferentes”. (p.105)

En la recolección de datos, se utilizó la entrevista profundidad, que se caracteriza, según Taylor & Bogdan (2008) como

reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen

los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas. (p.194-195)

Las preguntas empleadas en ambas entrevistas fueron abiertas. En el primer encuentro (Anexo 4) estas se basaron en la conformación familiar, información general sobre la hija y la madre misma, generalidades sobre las interacciones comunicativas madre-hija en torno a la depresión. En el segundo encuentro (Anexo 5), se profundizó la condición de salud de la hija, percepción de la madre sobre las relaciones interpersonales de su hija y sobre la relación madre-hija. La duración de cada una de las entrevistas fue de 1 hora, y se realizaron en un lugar público sugerido por la participante, ya que facilitaba su movilización. La aplicación de los instrumentos se realizó en el mes de octubre del año 2020, durante dos encuentros con la madre, quien fue la única informante.

4.4 Fases de la investigación

Fase I: Identificación del estudio de caso

La persona seleccionada para la aplicación de los instrumentos fue contactada y oportunamente informada mediante el consentimiento informado en el que se explicaba la modalidad de recolección de información y el propósito de la investigación. El

instrumento fue aplicado a la persona luego de manifestar por escrito su voluntad de participar en el proyecto, con la firma del consentimiento informado (Anexo 3).

Fase II: Aplicación de los instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado en la recolección de información de la persona estudio de caso fueron dos entrevistas semi-estructuradas con un total de 54 preguntas abiertas. El instrumento aplicado en el primer encuentro (Anexo 4) contenía 32 preguntas orientadas a armar un panorama general sobre la conformación familiar, información general sobre la hija, la madre misma, y generalidades sobre las interacciones comunicativas madre-hija en torno a la depresión. En este, las técnicas de registro usadas fueron la grabación en audio a través de un móvil de los investigadores y la toma de notas en el diario de campo. Este último, solo se usó durante el primer encuentro, dado que los investigadores se percataron que la madre buscaba leer los apuntes, y ese acto distraía la atención para contestar las preguntas formuladas por los investigadores. Posteriormente, se realizó la transcripción de la grabación (Anexo 6) y se obtuvieron aspectos a profundizar en el próximo encuentro, por lo que se realizó un nuevo instrumento de entrevista para obtener más información.

En el segundo encuentro (Anexo 5), se hizo uso de un instrumento que contenía 22 preguntas, dirigidas a profundizar en tópicos relacionados con la condición de salud de la hija, percepción de la madre sobre las relaciones interpersonales de su hija, reflexión sobre la relación madre-hija, expectativas y estrategias comunicativas de la madre sobre su hija, y su relación con la misma y conocimientos sobre la fonoaudiología. La técnica

de registro usada también fue la grabación de audio, que posteriormente fue transcrita (Anexo 7).

Fase III: Análisis de datos – Transcripción de entrevistas

El análisis de los datos recolectados se llevó a cabo mediante la transcripción de las entrevistas por separado en Word Onedrive 2019 con licencia institucional, que permitía a los investigadores trabajar conjuntamente en tiempo real. En esta parte, se implementó la asignación de pseudónimos tanto a la madre “MEM” como a la hija “D”.

4.5 Categorías de análisis

El análisis de datos se realizó de acuerdo a los contextos propuestos por Duchan (1995) como categorías, y para ello, también se tuvo en cuenta el documento de trabajo de Gómez (2016) por los criterios de identificación de la existencia o no de barreras o facilitadores, y para la categoría de Servicio, sistemas y políticas, además, a través del análisis se retomó a la OMS (2001). Finalmente, se configuró una categoría emergente, llamada ‘Apoyo a cuidadora’, que recoge aspectos que se relacionan con la necesidad de apoyo hacia la cuidadora principal. A continuación, se presenta el resumen de los criterios de análisis, por categorías:

Tabla 3. Criterios de análisis por categorías.

CONTEXTOS COMUNICATIVOS
Duchan (1995) y Gómez (2016)

Social	• Se asigna roles desde mirada competente o deficitaria, que limitan o no la participación en actividades y ámbitos que promuevan su desempeño comunicativo. • Se tiene o no la expectativa de un desempeño comunicativo acorde a un rol asignado por otros con el que la persona no se identifica, por lo que, se excluye o es excluida. • Pocas-muchas, o positivas-negativas expectativas frente al desempeño de la persona debido a que sus capacidades son subestimadas o reconocidas. • La persona asume o no una posición de sumisión que interfiere en el desempeño de sus roles y relaciones a causa de aspectos culturales y sociales. • Se reconoce o no que la persona no logra identificarse de forma significativa con los roles que le son asignados. • Se considera o no que la persona es el centro del problema, y se reconoce o no la existencia de barreras que limitan su desempeño comunicativo.
Funcional	• Existe o no correspondencia de familiares, cuidadores o interlocutores naturales a los gestos, acciones y verbalizaciones de la persona y, por lo tanto, se llevan o no a cabo los actos comunicativos.

	• Familiares, cuidadores o interlocutores naturales hace uso o no de recursos como la gestualización y matices en la producción del habla, para llamar y mantener la atención del individuo. • El interlocutor considera o no que la persona es muy tranquila porque al no lograr lo deseado manifiesta o no frustración, y sigue o no en el intento. • El cuidador se inquieta o no al identificar la poca manifestación de intenciones comunicativas. • La persona expresa sus intenciones a través de formas convencionales o no, y los cuidadores no han desarrollado la sensibilidad necesaria para interpretarlas, o no saben cómo apoyar al sujeto para que sustituya las formas no convencionales por formas convencionales. • Familiares, cuidadores o interlocutores naturales esperan o no, que la persona haga ofertas para indicar aceptación. • Familiares, cuidadores o interlocutores naturales ajustan o no sus producciones (a nivel lingüístico y pragmático) de la persona.
Emocional	• Familiares, cuidadores o interlocutores naturales tienen o no la habilidad de inferir los estados emocionales de la persona a partir de sus expresiones faciales o de otro tipo de expresión corporal.

	• Existe respuesta o no, a las manifestaciones afectivas de la persona por parte de los familiares, cuidadores o interlocutores naturales. • Familiares, cuidadores, o interlocutores naturales utilizan o no, estrategias efectivas para lograr la referencia social.
Evento	• Se utilizan o no, recursos comunicativos para comprobar la existencia de una comprensión recíproca de lo que cada participante espera del otro para que el evento se lleve a cabo de manera exitosa. • Se explica o no a la persona, las secuencias de acciones que se llevan a cabo y cual es la relación entre las mismas. • Las situaciones de la vida cotidiana se ejecutan de manera desordenada o no, y, por lo tanto, se permite o no que la persona construya su rol dentro del evento.
Físico	• La organización y estructura del espacio físico es adecuada o no para propiciar interacciones entre los participantes de los eventos.
Discursivo	• Familiares, cuidadores o interlocutores naturales hacen uso o no del discurso para lograr para lograr incidir en el pensamiento y actuar de la persona.

	Familiares, cuidadores o interlocutores naturales hacen uso o no del discurso para mostrar apoyo a la persona en distintas situaciones.
CATEGORÍA CIF (OMS, 2001)	
Servicios, sistemas y políticas	- Se tiene o no acceso a servicios del sistema de salud, especializados que brindan tratamiento y/o acompañamiento de acuerdo a la condición. - Se cuenta con el apoyo profesionales de la salud en el proceso de manejo de la condición de salud. - Se tiene acceso o no a estrategias, y métodos de tratamiento (fármacos) para el acompañamiento de la condición de salud.
CATEGORÍA APOYO A CUIDADORA	
- Aspectos propios que no se recojan en los criterios de categorías, anteriormente mencionados. - Red de apoyo emocional-comunicativo hacia la madre. - Aproximación de conocimientos sobre fonoaudiología y su objeto de estudio.	

Fuente: elaboración propia con base en datos de Duchan (1995), OMS (2001) y Gómez (2016).

5 RESULTADOS Y ANÁLISIS

El análisis de los datos como producto de las entrevistas y las transcripciones realizadas arrojaron la información que se desplegará por categorías macro como son los contextos comunicativos de Duchan (1995). Se optó por centrar el análisis, en la triada compuesta por los contextos emocional, funcional y social (Gómez, 2016), que permiten analizar la funcionalidad comunicativa desde la sintonía comunico-afectiva, la intención comunicativa y flexibilidad para realizar ajustes comunicativos, y la diversidad de roles que asume cada uno de los participantes en las situaciones comunicativas. Además, se analizó la categoría de servicios, sistemas y políticas de la CIF (OMS, 2001), como uno de los aspectos que, a través de su acceso, favorecen la comprensión y manejo, individual y familiar de una persona con diagnóstico de depresión.

En cada categoría, se especificaron unas subcategorías con el fin de profundizar en el análisis desde diversas relaciones que se dan al interior de cada contexto entre los actores implicados, y, sobre todo, desde la perspectiva de la persona estudio de caso. Además, en cada contexto, se incluye la valoración de barreras y facilitadores para la comunicación, identificadas en los relatos sobre la relación madre-hija, con su respectivo grado, de acuerdo a la escala cualitativa de la CIF (OMS, 2001), es decir, los grados.

Lo anterior no significa que se desconoce la importancia del resto de contextos planteados por la autora, como los son del evento, físico, y discursivo, ya que estarán relacionados en el análisis de los tres contextos énfasis, por su riqueza en términos de

datos. Adicionalmente, se presentará al final del análisis por contextos, la categoría emergente ‘Apoyo a la cuidadora’, que abordará aspectos relacionados con la necesidad de apoyo dirigido a la madre, que, si bien no responden inicialmente a los objetivos del proyecto, se han considerado relevantes de señalar como complemento de las formas de interactuar y aspectos que median y/o influyen en la comunicación madre-hija.

Presentación del estudio de caso

Mujer de 46 años, madre cabeza de familia con ocupación en oficios varios. Madre de adolescente de 17 años de edad, con diagnóstico de depresión desde los 14 años, según lo que refiere la madre no hay un antecedente que haya generado algún tipo de trauma como maltrato, abuso sexual, entre otros.

La familia de D está compuesta por su madre y tío (59 años), tía (62 años), prima (30 años) y abuela (93 años), que hacen parte de la familia paterna, quienes acogieron a la madre desde antes que D naciera, además, no vive con su padre, este no la reconoció y no ha tenido acercamiento con él. Actualmente, D, se encuentra terminando la educación media, grado 11.

Las entrevistas y el análisis ubican a la madre como única informante de la situación. Por medio de estas, se identificaron las barreras y/o facilitadores en las interacciones comunicativas que se dan entre la madre y su hija, en las diferentes categorías identificadas que responden a los contextos comunicativos, teniendo en cuenta que los

datos encontrados pueden estar categorizados en uno o varios contextos y como factor influyente el diagnóstico de depresión de la menor.

5.1 Contexto social

En este contexto, se valora la concepción que se tiene de la persona a partir de los roles que le son asignados en las interacciones, estos, median las actividades de la vida cotidiana y las oportunidades que se le brinden o no para que, a través de su desempeño comunicativo le sea posible ejercer la participación social. La concepción puede ser de tipo competente, lo que indica que asume diversos roles, o por el contrario, se concibe con una mirada deficitaria, lo que conlleva a una asignación limitada de roles (Gómez, 2016). A continuación, se relacionará el análisis de aspectos que favorecen y/o dificultan las interacciones comunicativas madre-hija en este contexto.

5.1.1 Percepción de madre sobre los roles de su hija

En los siguientes fragmentos, la madre describe a su hija frente a las cualidades y actividades que ella identifica y que esbozan los roles que asume la adolescente.

“...Y en términos generales, es una buena niña”. (A.7)

¿cómo llegaron a que la diagnosticaran?

“Al principio fue muy difícil, porque pues uno como madre, no acepta que eso sea una enfermedad. Pues uno siempre piensa, ‘no, es que estás estresada, estás nerviosa o tienen algún problema con la amiga, un amigo o entorno familiar’, uno se va por esas ramas, pero mi hija es bastante investigativa, le gusta mucho como

informarse, y una vez me dijo: “mamá, lo que yo siento no es de un ratico, eso es casi que día a día. Incluso, para mi es como una enfermedad. Y yo, no me siento bien”. (A.9)

Cuando las dejan ir a su casa (a las amigas de D), ¿qué hacen?

“Huh ay! otro hobbie de ella es maquillar y maquillarse, eso coge a las amigas y las.... incluso, ya me dijo, mamá: “cómpreme, porque yo, ya...” como saben que ella maquilla bonito y todo, y ahorita para las fotos de grado, ya me ha dicho más de una y me van a pagar. Entonces, a ella le gusta así maquillar y todo eso. Esa parte artística a ella le gusta mucho, y ya. A ella también le gusta como explorar el maquillaje.” (A.29)

Sobre las actividades favoritas y gustos de la adolescente, tenemos:

"En cuanto a cualidades, le gusta el teatro. Ya se inscribió a la Universidad del Valle para estudiar arte dramático, porque le gusta la parte artística y..." (A.7)

“Las favoritas... pintar le gusta, pero no así como ,así de estudiar algo de pintura, no. Le gusta como un hobbie. Le gusta mucho jugar los SIMS.” (A.26)

“La esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción” (Noreña, Cibanal y Alcaraz, 2010, p. 121), las situaciones que se evidencian entre madre e hija están mediadas por la comunicación entre sus interacciones sobre distintos tópicos y en diferentes espacios. Estas surgen de la confianza, que se puede evidenciar por medio de las solicitudes realizadas por la hija, la espontaneidad, la necesidad y el interés de

comunicar algo; a estos procesos, Duchan (1995) los reunió en un concepto denominado sintonía comunicativa/afectiva.

Al inicio, la madre no comprendía lo que sucedía con D, y la joven tampoco refirió a su madre por el mismo desconocimiento, por lo que la sintonía afectivo-comunicativa pudo comprometerse. Esto se considera una barrera de grado grave, si además de lo mencionado se tiene en cuenta que, según Leyva et al., (2007) los adolescentes con diagnóstico de depresión son poco identificados por sus padres, lo que puede perjudicar el acceso a los servicios de salud dada la resistencia de estos por la ayuda y la asistencia profesional.

En el discurso de la madre, esta se refiere a su hija como una “buena niña”, así mismo, le describe otras cualidades en las que reconoce el rol activo, autónomo e introspectivo que asume su hija, lo que indica una visión competente de la madre, sobre los roles que asume la joven, y le son asignados. Además, esta visión trasciende la percepción de la madre, es decir, que su discurso también lo usa para referir actividades que la hija realiza con base en los gustos de la adolescente, y acciones que esta toma para trazar y cumplir con su proyecto de vida.

5.1.2 Controlada - Estable

Las siguientes respuestas de la madre, están guiadas por la pregunta sobre la situación escolar de la adolescente. En estas, se halla los términos “controlada” y “estable” que hacen referencia al estado de salud actual de la menor, desde la percepción de la madre, y que servirán de análisis.

“Bien. Tuvo altibajos por lo de la misma enfermedad, pero está culminando bien.

Está controlada.” (A.5)

“Tiene como centradas sus ideas, no se le ve depresiva, ni eufórica, porque como el problema de ella es de bipolaridad, entonces, pero con tendencia más a la depresión. Por eso a ella se le agudizó más la depresión. Pero ya con la medicación, está estable.” (A.18)

Sobre los términos y cualidades (A.9) señalados anteriormente, se denota diferencias que radican entre cualidades transversales y actitudes naturales que son reforzadas por el tratamiento farmacológico (A.17). La descripción de la madre sobre estas actitudes, con relación al ámbito escolar, siguen denotando un desempeño activo, y por ende una mirada competente por parte de la misma, lo que se valora como un facilitador de grado grave.

Por su parte, el acceso a servicios de salud significa un facilitador de grado grave, en el marco del manejo de la depresión, al incrementar su bienestar en salud, lo que propendería el despliegue de capacidades. En consecuencia, su desempeño y participación mejorada, conducen a la satisfacción de sus necesidades (Duchan, 1995), no solo desde la estabilidad en salud, sino también en sus relaciones interpersonales.

5.1.3 El diagnóstico

“El diagnostico. Eso fue entre los 13 y 14 añitos que ella empezó. Los trastornos en el colegio fueron más al principio de ansiedad que de depresión, o sea, en cuanto a estar inquieta a molestar a las compañeritas, o a la amiguita la mantenía

tocando, pero como duro, como brusca entonces ella misma me dijo, -mamá yo tiendo como a esto, y eso no es normal, y mis amigas me dicen que yo les pego como duro y yo no les quiero hacer eso, yo siento para mi es como un afecto- o sea ella como interactuar con amigas pero está siendo muy brusca y al principio si fue así y luego si ya fue la parte de la depresión, en cuanto al, al... creo que influyo un poco, no sé porque, como la autoestima baja y ella es muy, muy insegura en cuanto a su aspecto físico, siendo bonita, porque yo la... no es la reina, pero es bonita, o sea, es normal es bonita y ella, no sé, su autoestima no es bueno ella se siente, ella es delgada y se siente gorda, quiere hacerse eso de los pómulos que, porque ella es cachetona, y yo le digo: ¡acéptate como eres! y la gente la ve y le dice que es bonita, por ejemplo ayer, ella fue la que entrego las argollas y tiro flores ¡y se vio muy bonita! y las personas todas le dijeron que, que niña tan hermosa que todo eso, y ella pues no sé porque tiene como la autoestima no muy bien, a pesar de eso.” (B.27)

Los relatos evidencian cómo la madre refiere a través del dialogo con su hija, los cambios que ha tenido la menor en un aspecto específico de la interacción con las demás, aspecto que se relaciona con las dificultades de la comunicación (Noreña et al., 2010). A su vez, la madre menciona algunos aspectos que considera que influyeron en la depresión, aspectos relacionados con el contexto emocional dado que se evidencia la sintonía afectiva, entendida como la capacidad que tienen las personas de comunicarse entre ellas y entrar en armonía con los sentimientos de la persona (Duchan, 1995), por ejemplo, el observar que su hija no estaba alimentándose bien, el rechazo a la comida,

y lo que su misma hija le refería sobre la variación en sus expresiones de afecto hacia sus amigas, entre otros. Entonces, la sintonía afectiva se valora como facilitador de grado grave, dado que la madre, como se ha podido observar, refiere en su lenguaje acorde a la concepción de su hija, una mirada que tiene respecto a esta, como se ha mencionado en los apartados anteriores.

5.1.4 Relaciones interpersonales de la hija

Aquí retomamos la cita A.29, en la que la madre habla sobre las interacciones que se dan entre su hija y sus amigas en torno al maquillaje, cuando estas visitan a D. Además, incluimos aspectos que hacen referencia al conocimiento de sus amigos sobre la condición de salud y sobre la posible existencia de apoyo por parte de estos.

“Algunos si, no todos, pero los más cercanos sí.” (A.26)

"Siempre buscan como apoyarla, como, como darle ánimo, como que, sacarla de allí, cuando está muy mal, van y la visitan, si van, la invitan por ahí a comer el heladito a dar la vueltica, son bien, son queridos con ella.” (A.57)

La relación entre D y sus amigos, según refiere la madre, es “bien”, D interactúa con sus amistades y estas buscan apoyarla, dándole ánimo, visitándola y compartiendo con ella. Esto a su vez, en palabras de Arias (2009) representa una red de apoyo, en cuanto brinda de alguna forma apoyo a D en concordancia con lo que la madre menciona y, además, este apoyo a D por parte de las amistades puede indirectamente significar una red de apoyo para la madre y un facilitador de grado moderado.

5.1.5 Interacción comunicativa entre la adolescente y la familia extendida

En este apartado se presenta información relacionada entre D y la familia extendida, que posteriormente será analizada:

“Ahora está compartiendo mucho con la prima mayor, que tiene, la que tienen 30, porque están en los preparativos de la boda y ella le va a tocar en el piano, están interactuando mucho en este tiempo con la prima.” (A.26)

“Ella también va a estar invitada (a la boda) porque va a tocarles el piano (ríe).” (A.55)

“Si estuvo bien, interactuó con la familia, con las primas, incluso que ella es penosa, la pusieron a tocar el piano, y pues al principio que le temblaban las manos, que pena, que no sé qué, pero pues ya se soltó ya le tocó, porque ella dice no es que yo toco a la familia no porque a mí me da pena, me bloqueo, pero sin embargo lo hizo, si, estuvo bien.” (B.61)

Teniendo en cuenta que la información que se presenta es del contexto social, esta también evidencia aspectos relacionados con el emocional y del evento, este último por los espacios en donde se brindan las interacciones e intercambios comunicativos (Duchan, 1995). El contexto emocional se evidencia en la capacidad que tiene la madre de inferir aspectos de su hija y la relación con los demás y social por el rol que D asume y la posibilidad de ejercer este en un evento determinado como es el matrimonio. Así mismo, el estar invitada y desempeñar un rol dentro de este, evidencia una mirada competente frente al rol y las habilidades que D tiene, que también son

reconocidas por otros (Duchan, 1995). Lo anterior, se considera como facilitador para los contextos mencionados, de grado grave.

5.1.6 Interacción comunicativa entre la adolescente y su núcleo familiar

La madre de D, ha relatado aspectos importantes sobre la tensión que hay entre la tía y la menor, relacionada con una pregunta en particular, como lo es ¿dónde está la niña? En la que la mujer, hace alusión a características de la niñez de D, que no le hace sentir hace sentir cómoda.

“Mal, mal; porque ella dice la niña ya creció tía, ya no está la niña, la niña ya creció. O sea, es que la quieren, pues también siento yo que la quieren seguir viendo como una niña y ya no es niña, ósea ya es una adolescente, una joven de 17 años y ella es muy racional, o sea, ella es muy de investigar, de, o sea, ella nooo, como dice el dicho, ella no se comen el cuento así porque si, si ella no, ella sabe mucho de la vida, así fue por, los medios, el colegio, los amigos, pues, ya no, o sea.”
(A.43)

“Siempre el cambio fue brusco para la misma familia y para mi pues si también”.
(A.41)

La diversidad de roles se entiende como un aspecto que varía según la cultura, el evento y las relaciones de poder entre los actores, este, es otro de los aspectos que fundamentan el desempeño y la participación social de una persona. Consiste en la asignación de roles que son acorde o no con las habilidades del individuo, a quien se le asigna (Duchan, 1995). Del relato anterior, se identifica la joven ya no se reconoce con

el rol de “niña de la casa” o “la alegría de la casa” que hacen referencia a actitudes de alegría y dulzura que eran notables en su niñez y hasta inicio de la adolescencia. Aquellas actitudes y características comunicativas de D en su adolescencia e inicios de etapa juvenil y relacionadas con la depresión, como veremos más adelante, conlleva a que su núcleo familiar, especialmente su abuela, tío y tía, asuman un rol de omisión (Duchan, 1995) más no de exclusión, es decir, que no toman, ni pronuncian acciones directas frente a lo que sucede en momentos de crisis o actitudes relacionadas con la depresión, y tampoco, manifiestan rechazo hacia la joven a raíz de estas situaciones y actitudes.

Por lo anterior, se considera la existencia de una barrera en el contexto emocional y social de grado grave, dado que el núcleo familiar, excepto la madre, utilizan estrategias poco efectivas para lograr en el presente y con base a las características y particularidades de D, la referencia social. Esta última, hace referencia a la habilidad de comprometerse en la atención colectiva en este caso sobre la variación en la comunicación y actitudes de la joven misma, y hacia su familia en relación en el diagnóstico, además, la omisión de las inferencias que hacen de los estados internos de D, especialmente de incomodidad, por los comentarios se hacen sobre su cambio.

5.1.7 Interacciones comunicativas madre-hija influidas por el contexto

En este apartado nos encontramos con un evento en el que se desenvuelven aspectos que favorecen o limitan la relación-interacción entre D y la madre. Sobre los permisos

que la madre otorga a su hija para asistir a reuniones o fiestas, se analizará si favorecen esa flexibilidad, o por el contrario, dificultan la relación entre sí.

"Favorecen, favorecen porque es que como ella se ha sentido como sobre protegida, entonces pues cuando le doy los permisos siento que soy flexible, que puede tener como más confianza en mí, entonces mejora la situación, mejora como la interacción." (B.65)

Y en un caso dado que usted le niegue, ¿qué sucede?

“A veces hace pataletas, pero acepta, acepta porque pues yo digo pues a todo no le puedo decir que sí, porque por ejemplo ella ahorita dice “ay yo el otro año voy a cumplir 18, entonces ya voy a salir y voy a hacer lo que yo quiera” porque como no la dejo ir, entonces yo le digo, no mamita, si usted está viviendo aquí en esta casa con la familia y conmigo, bajo la tutoría mía, entonces usted no puede hacer lo que usted quiera, entonces ya no voy a pedir permiso, yo no voy a pedir permiso, yo le voy a informar a donde va, entonces yo le dije, a bueno, usted me informa y yo decido a dónde va, y se queda jum, es que usted cree que a los 18 años que ya hago lo que yo quiera, no, todavía no es, cuando tenga su independencia tal vez. (B.66)

La madre refiere que ceder frente a los permisos es un acto que favorece la relación entre ellas y la interacción, lo que, a su vez, denota de la madre esa capacidad de flexibilidad familiar frente a las demandas de D (Eunofre y Julca, 2018) y se vincula con el contexto emocional con el ejercicio de la confianza fortalecido a través de los actos.

Esto se valora como un facilitador de grado grave. Así mismo, el éxito de la interacción social requiere que los interactuantes comprendan lo que está pasando en el evento social (Duchan, 1995) y para ello, la madre cede con los permisos y se evidencia los límites expresados por ella en comunicación con su hija, ajustando a su vez su rol acorde a la situación y el evento comunicativo presentado, lo que además constituye una estrategia que se ubicaría de igual manera en el contexto funcional dada la intención de comunicar, en este caso, lo que ella piensa a la hija (Duchan, 1995).

Según, Pardo et al., (2004)

Una relación afectiva puede convertirse en parte del riesgo cuando se establecen sentimientos de complacencia o demanda continua y sentimientos de protección, los cuales deben ser limitados, debido a que pueden generar una dependencia paralizante que deteriora la actividad del joven. (p.25)

Aspecto que no se evidencia en la relación madre hija, dado que la madre asume un rol con autoridad y afectividad, sin pretender reemplazar las acciones autónomas de su hija, lo que favorece la posibilidad de D de llevar a cabo sus tareas de forma autónoma e independiente acorde a la etapa de su vida.

En este apartado nos encontramos con información que va construyendo de forma más precisa la relación entre D y la madre, desde la percepción de esta última, lo que a su vez se relaciona con algunos de los apartados anteriores (A.29). De igual manera, se introducen nuevas preguntas que aportan a la construcción de este apartado:

Sobre las actitudes de la madre hacia la hija:

“Ha mejorado también esa parte, porque hemos compartido un poquito más, a pesar de que yo ya, ahorita estoy trabajando ya, antes trabajaba en casa, ahora estoy trabajando fuera, pues eso ha servido porque ella como que ha... se ha dado más como en la familia, el colaborar en la casa, antes como yo estaba en la casa prácticamente hacia las cosas yo, entonces como yo estoy trabajado fuera, ella ya tiene más responsabilidades y las está cumpliendo.” (B.7)

En la relación madre-hija, la madre refiere que han compartido un poco más, lo que es un aspecto que se considera una conducta que favorece la interacción social (Duchan, 1995), además, la madre reconoce que la hija está asumiendo otras responsabilidades, que a su vez representan un cambio y ajuste de roles y menciona que D las está cumpliendo.

D realiza acciones para ayudar en la casa, lo que puede relacionarse con la distancia de roles, al asumir de forma responsable el papel que dada la situación tiene (Duchan, 1995). Este rol se enmarca también en un evento dado que, para llevarlo a cabo, D debe tener conocimiento de este, en qué contexto ocurre y el propósito del evento (Duchan, 1995). A su vez, los actos de D referidos por la madre son un apoyo para esta última y brindan un acercamiento de D con la familia, así mismo, se puede valorar como un facilitador de grado grave, dado que se puede evidenciar la flexibilidad familiar a esa capacidad de adaptarse al cambio acorde a la demanda del sistema familiar, en este caso de la madre e identificada por D (Eunofre y Julca, 2018).

5.1.8 Actividades de la vida diaria

MEM, desde hace tiempo ha tenido que trabajar por fuera de la casa, con el fin de cubrir y aportar a responsabilidades económicas, lo que ha permitido que D, además de desempeñarse en sus actividades de la vida diaria, tome un rol activo en el hogar sobre las actividades domésticas, brindando así apoyo, mientras su madre trabaja. A continuación, se relaciona la respuesta sobre si D necesita algún tipo de asistencia o apoyo para realizar diversas tareas.

"Pues mientras yo estuve con ella, sí, sí, yo le colaboré bastante, pero ella de todas maneras me decía que, que la dejara que ella ya, que ella, ya se sentía capaz que la dejara a ella cumplir con sus deberes, de pronto yo era un poquito intensa. Y pues ahora que ya me tocó como irme y soltarla pues si ha cumplido.... Ha cumplido con los compromisos." (B.13)

Sobre lo que inducía a la madre a brindar la ayuda en tareas:

"De pronto un poco de sobre protección, o quería, siempre he querido que ella esté como entre las mejores, pero pues sin exigirle que sea la número uno, pero sí, que no se queda por allá como entre las malitas... siempre me ha gustado, me gusta exigirle hasta donde yo creo que ella pueda, porque pues ella es inteligente." (B.14)

"Pues en las áreas de los números, a ella ni le gus... ni le gustan ni ha sido su fuerte, entonces, pues en esa le he colaborado bastante, pero en el área investigativa, inglés, todas esas cosas, yo ni me meto en eso, a ella le va muy bien

en todo eso. Pero es en las áreas que yo veía que ella no, ni le gustaba o veía que tenía falencias en esas partes.” (B.15)

En la relación entre progenitores e hijos, la protección es una muestra de amor, sobre lo que se quiere prevenir de lo que podría causar daño en los hijos. En ocasiones esa prevención se convierte en una sobreprotección, es decir que excede los límites de la voluntad y habilidades del protegido, conllevando a una subestimación, que finalmente restringe el despliegue de capacidades y acciones del individuo que este mismo, podría hacer uso para tener una participación óptima (Duchan, 1995).

La diversidad de roles, como lo explicamos anteriormente, es evidente en la relación madre-hija del estudio, los apoyos que la madre ha provisto a lo largo del desarrollo de su hija, tanto en lo personal, como en lo académico. La madre, como cuidadora, reconoce las destrezas y falencias de D, y sobre las primeras potencian su despliegue y sobre las segundas brinda ayuda.

La flexibilidad en los roles responde a la voluntad de quien necesita adaptarse a un cambio inminente o por demanda, (Eunofre y Julca, 2018) en este caso, sobre las falencias, la menor reclama y asume un rol más autónomo, en la realización de tareas, lo que conlleva a la madre a flexibilizar sus apoyos, es decir, que pone en juego su capacidad de adaptarse al nuevo y progresivo nivel de responsabilidad de su hija, respondiendo a la demanda de la misma.

5.2 Contexto funcional

En este contexto se recogen aspectos relacionados con estrategias apoyos, intenciones para comunicar, y de manera intrínseca se analiza la flexibilidad para hacer ajustes o adaptaciones a las formas de realizar los intercambios comunicativos, tanto desde la oralidad como desde la comunicación no verbal, con el fin de que haya una reciprocidad en la situación comunicativa.

5.2.1 Sintonía

En este apartado, se le pregunta a la madre sobre cómo es la relación que tiene con su hija.

"Yo la considero, bien. Pues, ella a veces me dice que yo no la comprendo. Trato al máximo de comprenderla. No es fácil. No es fácil, porque una persona con depresión, o que tienen tendencia a la depresión, uno a veces, no sabe cómo tratarla. Porque, si le hablas, bien. Y si no le hablas... o sea, si le hablas, malo. Y sino le hablas, también. Entonces, le toca a uno es buscar a uno como los espacios especiales, que uno vea como que, bueno, por aquí es el momento. Pero es bien complicado, como mamá es bien complicado." (A.10)

En este apartado, se le pregunta a la madre por los momentos que ella ubica para dialogar de algún tema:

"Ella busca el espacio. Cuando yo lo hago por mi iniciativa propia, casi no se da. Porque cuando yo le pregunto cosas y ella no quiere hablar, no. Ella más, vale,

Ella misma busca como el espacio “ve mamá, te comento que esto, que esto”

(A.12)

“No, uno a veces no le habla, pero entonces le da un abracito, ya uno percibe.”

(B.76)

La madre manifiesta que su hija le menciona que a veces no la entiende, aunque esta trate al máximo de comprenderla; en ese sentido, la madre menciona que es difícil y esto denota que la sintonización, que depende de los saberes que se tienen del otro acerca de sus conocimientos, deseos, sentimientos, etc., (Gómez, 2016), no se está llevando a cabo en los mejores términos, además, se evidencia dificultades en el ajuste y sintonización comunicativa con la hija. No obstante, la madre busca momentos, a lo que ella llama “espacios especiales” lo que denota que, aunque haya dificultades, estas no necesariamente se convierten en barreras y junto con la búsqueda de espacios por parte de la hija, estos se convierten en un facilitador de grado grave.

De igual manera, “todo comportamiento es una forma de comunicación” (Eunofre y Julca, 2018, p. 22), es decir, que lo que le dice la hija a la madre y la respuesta que esta da en la entrevista, son actos que movilizan la conducta de los participantes (Arango et al., 2016) y arrojan de ambas partes acciones acorde a la situación del evento, lo que vendría siendo en el caso de la hija, cuando busca a la madre, y en el caso de esta última, relacionado con el contexto emocional, cuando esta reconoce los estados de la hija y en función de estos adapta su comunicación o intentos comunicativos.

5.2.2 Estrategias de apoyo

Aquí, ubicaremos todo lo relacionado con estrategias de apoyo y ajustes realizados tanto por la madre como por la hija, con el fin de llevar a cabo sus interacciones comunicativas. En la primera cita, la madre responde a lo que hace cuando ve que su hija atraviesa por un episodio de depresión.

“Creo que la estrategia que yo he encontrado es: si me le acerco no le hablo, pero le doy un abracito, algo así y yo sé que ella como que se siente mejor, o le doy una aromática o tal cosa, pero que yo le hable de cosas, no, sé que no le gusta; porque ella misma dice, yo ya sé, yo ya sé que estoy así, y sé, pero no consiente en ella, eso no está en mí, es un problema de salud, o sea, ¡no es que ay! cámbieme el pensamiento que ya me mejoré, cambié de idea, no, no es eso, eso es físico, eso es una condición física, el organismo no le, no le da, cuando está en esos momentos no le da para reaccionar como uno quisiera que lo hiciera.” (A.60)

La segunda y tercera, denotan la reacción de la madre respecto a los momentos en que D prefiere estar sola y suele optar por encerrarse en su cuarto, por lo que su madre pone en juego algunas estrategias comunicativas para alcanzar a su hija, como tocar la puerta en señal de llamado y llorar, a modo de expresión de su sentir. Las siguientes respuestas se encaminan a explicar de dónde ha tomado tales estrategias.

“No... pues más vale del desespero mío.” (B.36)

"A mí me da mucho desespero, claro, ella en sus crisis y echándole pasador a la puerta porque con tantas cosas de sucido y todas esas cosas, entonces yo me

azaraba le tocaba la puerta, o me ponía a llorar, entonces esa parte es como en esa parte sí, como del desespero...” (B.37)

En la cuarta, la madre expone lo que considera fortalecer para con el acercamiento hacia su hija.

“Estrategias... Pues sin ser permisivo si tiene que ser uno flexible, en cuanto a pues que ella ya pueda salir con sus amigas, sus amigos, o compartir ya en espacios más que no sean tan familiares, que no sea con nosotros sino pues sí que ya vaya a cine con un niño o una amiga o comerse un helado por allí, pues como que ya le toca a uno ser flexible y ya dejarla salir, creo que eso ha mejorado un poco la situación.” (B.69)

En la relación madre-hija, es evidente el cómo la madre identifica las emociones y los espacios en los que podría apoyar a su hija directamente tanto afectiva como de manera comunicativa, sin embargo, renuncia a ese anhelo de brindar apoyo directo. El hecho de que D demande estar sola o no querer hablar sugiere una ‘no intención comunicativa’; no obstante, “Es imposible no comunicar” (Rizo, 2011) que, aun así, da a conocer con la negación a interactuar.

Lo anterior, fácilmente podría verse como una barrera en la interacción dado el evento, en el que la madre podría optar por una actitud de omisión, por el contrario, se torna en una situación que facilita un despliegue de posibilidades que le proponen a esta flexibilizar sus estrategias comunicativo-afectivas hacia su hija de acuerdo a la situación, y de manera empírica.

La sintonía que existe entre las dos, y aunque el rol de la madre es más activo en ese evento, denota cómo asume sus conocimientos sobre su hija (Gómez, 2016); y por ello responde activamente a las formas en las que esta comunica. Aunque no se trata de que la madre realice todos los intentos, es de valorar que son recibidos y aceptados por D, lo que da cuenta sobre una corresponsabilidad en la interacción, y es aquello, lo que la hace exitosa (Gómez, 2016). Esto se valora, como un facilitador de grado grave.

5.2.3 Estrategias otorgadas por profesionales de la salud

“Más que todo que debemos ser muy colaboradores muy receptivos estar muy atentos al comportamiento, y no como regañarlos, hacerlos sentir culpables sino como que ellos sientan con el apoyo en esa parte.” (B.32).

“Sí, ella, se habla mucho con ella, sabe que en sus crisis jamás debe echarle seguro a la puerta, en algún momento dado tiene pensamientos suicidas debe recurrir a una persona o un adulto que este en la casa, no quedarse sola...” (B.38).

Las estrategias, entendidas como la adopción de determinadas conductas comunicativas y que, encaminadas a lograr un propósito, son organizadas con el fin de asegurar el éxito en la interacción (Igualada, 1994), y estas se evidencian por parte de los profesionales cuando brindan apoyos frente a la situación que se vive. Estas, si bien favorecen el contexto funcional, también son el resultado de la categoría servicios, sistemas y políticas sanitarias, dado que son un servicio del cual se puede beneficiar la madre y la familia (Gómez, 2016). Su uso adoptado se califica como facilitador de grado grave que favorece la categoría de servicios, sistemas y políticas sanitarias.

5.2.4 Comunicación en momentos de crisis

En este apartado, se analizará la relación madre-hija en un tiempo específico de crisis, que se dio durante el presente año y la forma en la que la madre logró comunicar a su hija en momentos de crisis.

“Pues es un poco cómo que uno choca, porque ella está irascible y yo desesperada, entonces es difícil de manejar esa situación allí, porque yo tiendo mucho como a desesperarme, cómo que pierdo un poco el control.” (B.55)

“Pues a puro grito, no, si, a puro grito le tocaba a uno por la ventana, “vea, abra la puerta, usted no está sola”, tal cosa, o “si quiere la llevo al médico, pero no vaya a hacer cosas raras, piense en la familia, piense en Dios”, cosas así.” (B.56)

“No, yo más que todo le grito para que me escuche, para que me escuche, no tanto así como que te regañé o algo así, grito para que me escuche, porque si está encerrada, ábrame la puerta o algo así.” (B.60)

La respuesta de D, de acuerdo a la reacción de su madre luego de la situación mencionada.

“No, sí que ella se encierra un rato y pues yo le digo que ella reflexiona y ya como que se calma y ya abre la puerta y ya “hay yo no voy a hacer nada tonto, yo no voy a hacer nada malo” y yo pues entonces no le eche seguro a la puerta, o sea si se quiere estar ahí reflexionando pues hágalo, pero no le eche seguro a la puerta, no hay necesidad. Entonces como que ya ha tomado conciencia de eso y ya no le volvió a echar seguro a la puerta.” (B.58)

En este apartado, la madre usa estrategias directas para acompañar a la hija, pero, se indagan por las estrategias indirectas.

“Si, no con gritos ni regaños, sino por ejemplo yo le digo más vale con, como con cariño, como que D. por favor no le eche seguro a la puerta, porque son momentos donde uno tiene que estar muy alerta y eso ya uno lo sabe cómo mamá, no le eche seguro a la puerta, pero si hay momentos críticos en que uno se estresa como mamá también y, y como que pierde como el control a ratos, en esos instantes que ella tiene como la crisis y como que no lo deja a uno como ayudar a ratos uno pierde como el control porque se desespera por ejemplo un día ella le echó seguro a la puerta y no quería abrir por nada del mundo y yo me asuste demasiado, porque es que los mismos psiquiatras dicen que ellos pueden asumir una conducta suicida, entonces es, es bastante tremenda esa situación.” (A.62)

Nivel de gravedad en la que califica la madre la situación de encierro por parte de su hija en momento de crisis.

"Pues ella en algún momento me comentó que había tomado pastas, más de la cuenta, pero eso no le hizo nada, pero pues estuvo mal hecho, o sea si pensó o sea ella si ha pensado en algún momento quitarse la vida, entonces por eso es que yo me asaro y me asusto, ella sí ha pensado y en las terapias con psicología lo ha manifestado, en las crisis si ha pensado hacerse daño. Pero cuando ella dice... o sea no la dejo cómo sola en ese momento ella dice pues sí, o sea, ella como que reflexiona y me dice, no pues, ella a veces, no pues yo ... que no lo

hace por mi o por la familia de pronto, o sea causarme ese dolor a mi, o tal cosa, ella ni siquiera piensa que es ella, es por no causarle dolor a la mamá o a la familia, pero si es duro.” (B.59)

En el contexto emocional, que se evidencia en este apartado del contexto funcional, parte, entre diferentes conceptos, de inferir los estados internos de la persona por medio de la comunicación no verbal para el éxito de las interacciones comunicativas (Gómez, 2016), aspecto que se evidencia cuando la madre infiere los sentimientos de la hija y a su vez menciona los de ella, expresando la dificultad que la situación le presenta. En este sentido, se identifica una barrera para el contexto emocional de grado moderada, dado que la madre refiere perder el control, lo que no posibilita llevar a cabo y de manera asertiva la comunicación, pero al mismo tiempo, esta hace uso de estrategias para brindar apoyo a su hija frente a la situación que da como resultado, respuestas verbales evidenciadas según lo que refiere la madre.

En esta misma línea, podemos encontrar aspectos relacionados con el contexto físico, comprendido como el contexto diario de los escenarios físicos que condicionan los tipos y el éxito de las interacciones comunicativas (Gómez, 2016). En este caso, el espacio físico interfiere en la comunicación dado que se forja una barrera para el contexto físico de grado grave, cuando D se encierra y la madre no tiene acceso, por lo que se ve condicionada a usar otros tipos de estrategias, que denotan un facilitador para el contexto funcional de grado grave, como el aumento de voz para comunicar a D y brindar los apoyos.

Los episodios depresivos son predictores de intentos de suicidio en la adolescencia (Pardo, et al., 2004) lo que se relaciona con el temor de la madre en los momentos en que D decide permanecer en su cuarto, sin interés de hablar, con semblante triste y además, bloqueando tanto su salida con entrada al lugar. De acuerdo con la madre, su temor se debe a la posibilidad de repetición del intento de suicidio, que ya se dio a través del uso de medicamentos.

Por consiguiente, las estrategias usadas por la madre, con el fin de alcanzar a su hija en esos momentos, son direccionadas a la prevención de dicha situación, dado el nivel de alerta en el que esta se encuentra, esto es de valorar como facilitador de grado grave para lograr los intentos comunicativos. Por lo que, bajo los momentos de desespero, surgen estrategias, además, estas se complementan y se han adaptado de acuerdo al seguimiento que se ha realizado por parte de los profesionales de la salud como psiquiatría y psicología.

5.2.5 Funcionalidad comunicativa

En las siguientes citas, se recoge la percepción de la madre respecto a la comunicación con su hija, en términos de verse interrumpida o difícil, a raíz de la condición de salud de D, además, se relaciona alguna reflexión puesta en expectativa sobre lo que quisiera lograr con D.

Sobra el respeto a la privacidad.

"Mmmm sí en parte, en parte porque, por ejemplo, ella dice en este momento que ella ya cumplió 17 ya pues ya como joven ya hay cosas que ella ya guardan y no

quieren compartir, entonces yo ya tengo que aceptar eso, pues ella ya es como su intimidad yo ya no le puedo decir, no pues cuénteme y tal, pues no, yo ya tengo que respetarle esa parte.” (B.47)

Actitud que asume la madre en los momentos de crisis de D.

“Pues en algunos momentos, cuando están en las crisis es difícil, pero ya cómo he aprendido, como a manejarle un poco ese tema, entonces si ha tendido un poco a mejorar esa parte.” (B.48)

"Pues he aprendido a guardarme las cosas, que yo quisiera decirle cosas pero me las callo porque sé que en esos momentos yo no debo como metérmele ahí a ella cuando tiene las crisis es mejor dejarla sola sin dejar de estar vigilante, no. Ni modo que se encierre pero si como que haga que se calme y ya luego si uno de pronto puede hablarle y si ella pues ya quiere compartir con uno pues más vale ya tiendo es cuando ella ya se mejora un poquito y está más estable ella lo busca a uno y le va comentando que fue lo que pasó, por qué se puso así, cosas así.” (B.49)

Estrategias que ayudarían a favorecer una mejor relación madre-hija.

“Pues, siendo más comprensiva, y aceptando que si tiene un problema mental, y que en algún momento dado sus crisis llegan y que tienen que ser tratadas. Y que toda la familia, pues, como ahora que están... debemos colaborar todos. No haciéndola sentir culpable, sino como decías tú, más vale una red de apoyo.” (B.70)

“Actividades como tal pues, por ejemplo, los domingos salimos, conversamos, comemos un heladito, así cositas así, o salir de compras por alguna cosa; sí, pero no es que, no es que tenga mucho tiempo libre, más que todo el domingo.” (A.46)

La funcionalidad comunicativa hace referencia a los ajustes o adaptaciones que se realizan constantemente en intercambios comunicativos. Estos son producto de adoptar en cierto grado una flexibilidad en la forma de llevar a cabo las interacciones, con el fin de lograr una reacción en el otro (Eunofre y Julca, 2018). En las primeras citas, se identifica la habilidad de adaptación con que la madre ejerce respeto por la intimidad de su hija, y que esta, asume con autonomía.

De acuerdo a la etapa juvenil en la que se encuentra D y el diagnóstico, la madre no insiste en buscar conversación, sino que ve una oportunidad en los espacios que la hija dispone para lograr la comunicación. Así mismo, es evidente la rigurosidad con la que la cuidadora identifica los momentos en los que considera pertinente brindar apoyos de tipo verbal, o no, lo que se considera como un facilitador de grado grave. Además, se valora la auto regulación de la madre sobre sus propias emociones, en el marco de identificación de momentos apropiados para comunicarlos y comunicarse.

5.2.6 Expectativas comunicativo-afectivas

Estas son expectativas sobre cómo la madre intenta lograr espacios en los que pueda compartir más con su hija, especialmente para compartir y saber a profundidad, cómo se siente D.

“Si, yo lo he intentado hacerlo, pero, pero ella no a veces no tiene como también como la disposición, a veces si y a veces no, por ejemplo, yo le digo a pues vámonos a caminar y damos una vueltica, por ejemplo, ahora le dije báñese y ahorita que venga ya vamos y damos la vueltica por allí, se come un heladito y me dijo que bueno, entonces sí, si estoy como buscando el espacio más de que ahí vamos a hacer las tareas, vamos a tales no, hay que buscar más de amistad.
(A.94)

“Pues, yo, me gustaría es como tener un poco más de tiempo para compartir con ella o buscar mejores espacios y que ella sienta como mejor el apoyo porque yo, ella a veces me dice que yo le hablo, por ejemplo, a veces me hace sentir mal, no, pero ella dice ¡ay, mamá! usted si me habla es ya hizo las tareas, ya tal cosa, ya hizo eso, entonces quiero como buscar otros momentos que ella sienta mejor como el afecto mío, más que como estar centrada en que sus deberes, en sus deberes, en sus deberes, si creo que debo mejorar esa parte”. (A.87)

“En cuanto a dar el afecto, porque a ella no es de que le guste, por decir algo, que los besos que el abrazo, ella más vale es así como retraída, pero últimamente se ha integrado un poco más, a la familia.” (B.3)

Importancia de la comunicación en la relación madre-hija.

“Pero, sí siento que faltaría una mejor comunicación, un mejor acercamiento, pero como que no encuentro la manera de esos espacios.” (A.30)

“Si, claro. La comunicación es importante, porque si yo no sé cuáles son sus pensamientos, qué ideas tiene, qué proyectos, entonces es como que no se para dónde va su vida, entonces es importante saber.” (B.71)

Para lograr los ajustes, es necesario que una de las partes asuma un rol activo en cuanto a la examinación de las reacciones afectivas del otro, es decir, identificar sus emociones (Gómez, 2016). Se evidencia que la madre reconoce, en las actitudes y palabras de su hija, sus emociones, además, de acuerdo a estas adopta otras posibilidades para lograr comunicase con ella, por lo que, este aspecto se valora como facilitador del contexto emocional de grado completo.

Ese despliegue de oportunidades para lograr interacciones son la muestra de la importancia que la madre atribuye a su relación comunicativa con D, que no solo se centran en el presente, sino que trasciende a una proyección a futuro. Por lo anterior, esta toma acciones para buscar espacios fuera de la casa y del tema de las obligaciones, en las que D siente mejor el afecto de su madre. Lo anterior, se valora como un facilitador para el contexto funcional de grado grave.

5.3 Contexto emocional

En el siguiente fragmento, se presenta la descripción que hace la madre sobre su hija, en la que relata algunas características sobre la personalidad, preferencias y algunos integrantes de su círculo social.

5.3.1 Inferencia de interés y emociones madre-hija

“Pues es una joven con tiempos extrovertida, pero muy poco. Mas bien, es introvertida. Le gusta permanecer como sola, en su cuarto, o donde esté, pero sola. No les gusta socializar. De pronto. Tiene dos amigas y pues a veces si comparte con ellas tiempo” (A.6)

En el siguiente fragmento, encontramos uno de los factores que identificó la madre, sobre la situación de salud de su hija, antes de recibir el diagnóstico en mención...

“Y empezó a tener problemas en cuanto a la alimentación, a no querer comer, comía con ansiedad. Entonces, Sí me fui preocupando por esa área, por esa parte.” (A.9)

En este apartado se le indaga a la madre acerca de las actividades que la hija realiza, partiendo de la información ya obtenida.

"Sí, ella está en clases de música, está estudiando en la académica musical de.... hace dos añitos, y le gusta. La parte musical le gusta mucho.” (A.15)

“El deporte, le da mucha pereza hacer el deporte. Quiere estar así (haciendo seña con dedo) bien boba, curvilínea como dicen, pero le da pereza, le da pereza. Entonces ya más vale se está cuidando en la alimentación. Pero ya no los... de antes. Y ya sabe que debe comerse su proteínas, su fruta, sus verduras, pero sin exagerar. Es que no me quería , era comer nada, antes.” (A.16)

Acorde a lo que se mencionó en el contexto social, la madre reconoce las preferencias sociales de su hija, como permanecer en su cuarto, hablar poco pero especialmente con

ella y sus dos amigas. Pardo et al. (2004) mencionan que “la soledad es un factor que se presenta en mayor medida en adolescentes deprimidos” (p.24), lo que a su vez, relacionado con la pérdida del apetito, de energía, interés y los cambios en los niveles de actividad física son aspectos que experimentan la persona con ánimo deprimido (Aldana y Zuluaga, 2019), aspectos que se hacen evidentes en los relatos de la madre sobre la condición de salud inicial que presentó D, frente a los trastornos de alimentación y la descripción que hace sobre el actuar de su hija en la vida diaria.

La madre reconoce los intereses de la hija a partir de sus expresiones corporales y orales (Gómez, 2016) y, en su relato, refleja el apoyo que puede promover su participación en otros escenarios que, a su vez, favorecerían las interacciones con otras personas y el despliegue para uso de otras habilidades.

5.3.2 Comunicación no verbal, inferencia de estados emocionales

¿Qué tan expresiva es ella con el rostro, con el cuerpo?

"No es muy expresiva. Hasta le costaba, le cuesta, a pesar de tener, mira, eso eso, eso es como difícil de entender, porque a pesar de que tiene la depresión ella no podía como, como esas emociones del llorar y del llorar ella no podía, si a uno se le hacía extraño, más que todo se daba cuenta de la depresión era por su rostro más que por el llorar." (A.76)

"O por el estado de ánimo en sí, porque como cuando la persona tiene depresión todo su organismo se descompensa, es que ya no quieren comer, que, quieren

estar acostados todo el día, que no se quieren bañar, que no sé quiere arreglar, más que por esos lados, más que por el llorar.” (A.77)

En concordancia con el anterior análisis, la madre refiere que D no es muy expresiva, que se le dificulta expresar las emociones a pesar de la depresión. En la depresión, entre los síntomas clínicos, está el llanto (Retamal, 1998), que es un aspecto que la madre refiere no evidenciarse, a su vez, ella identifica la situación por el rostro, los comportamientos de D y el desinterés por su aseo personal. Ese reconocimiento de la madre se puede deber a aspectos relacionados con el contexto emocional por la capacidad de inferir los estados internos a través de expresiones y los conocimientos elaborados sobre la condición de depresión, esto a su vez sería un facilitador de grado grave.

5.3.3 Identificación de signos sobre condición de salud inicial

Sobre las inferencias de la madre respecto a los trastornos alimenticios:

“Yo observé, y me preocupé por eso porque, porque estaba comiendo muy poco, y entonces yo, yo digo ella no sentirse, eso es su mente que ella se ve gorda y no es gorda...” (B.28)

¿usted cómo notaba esa ansiedad que usted menciona?

“La ansiedad no es de comer tanto, sino cosas que le gusta, por ejemplo, si usted si le da un bote de helado se lo come y no almuerza ... la invitas a comer una copa de helado... entonces ya son las 7 u 8 de la noche y ¿D no vas a cenar? -no, yo ya me comí ese helado- Y con eso ella dice que ya. O sea, come, pero se siente

culpable de que comió mucho de lo que no debía comer entonces deja de comer lo que si debe de ser... son como los desórdenes.” (B.30)

¿cómo se sentía usted frente a esa situación?

“Pues a veces me sentí impotente porque, porque por más que yo le decía, uno como obliga a una persona a que coma, y como que entre más le dice uno más se vuelve más tercicos, más como cerrados como que no, no y no, más vale cuando ya le comenté al psicólogo al psiquiatra, ya hablaron con ella y ya mejoró.” (B.31)

Como se mencionó anteriormente, uno de los aspectos en los que la madre hace énfasis, es sobre las alteraciones en la alimentación, que se sitúan previo al diagnóstico. Ella expresa su preocupación sobre la situación alimenticia de su hija, lo que en palabras de Retamal (1998), vendría siendo las alteraciones somáticas relacionadas con la alimentación, asociadas a su vez con la depresión (Pardo, et al., 2004)

Los tipos de cogniciones más frecuentes son la auto-culpa, la rotulación, la catastrofización, la reinterpretación negativa y la evaluación negativa.” (Pardo, et al., 2004), lo que se relaciona directamente con lo expresado por la madre, sobre la culpabilidad que infiere de D, en la situación del reemplazo de la cena por el helado, además, de la forma en la que la adolescente se auto reconoce físicamente.

La madre expresa impotencia y describe las situaciones lo que se cataloga como parte del contexto emocional, este aspecto también se relaciona con el contexto funcional, dado que, los profesionales de la salud brindan estrategias direccionadas a llevar esa frustración, lo que se refleja en el manejo que da a las situaciones de alta tensión que se

detallarán más adelante. Lo anterior, se recoge como parte de la categoría servicios, sistemas y políticas sanitarias, porque, a través de este personal, la madre puede beneficiarse para la satisfacción de algunas de sus necesidades y aplicarlas en pro de su bienestar y del de su hija (Gómez, 2016).

Lo anterior, se puede denominar como una barrera de grado ligera para los contextos funcional y emocional, y un facilitador de grado grave para la categoría servicios, sistemas y políticas.

5.3.4 Cuidadora en alerta

Sobre algún aspecto que haya incidido como causa de la depresión.

“No, no mira que... mmm yo si la llevé al médico porque sí me preocupaba, pero, y tuve mucho diálogo con ella, no ha habido violencia sexual, no ha habido nada de esas cosas que yo pensé que en algún momento le generaba trauma y que ella no me haya querido contar. No sé, yo pienso que ella a veces recalca mucho en las citas con el psiquiatra como el sentido de pertenencia y, porque está ahí con la familia del papá, pero el papá no la acepta, no tiene el apellido del papá, y, pero esta con la familia del papa, es como esa parte que no le... sentido de pertenencia... (B.34)

“Yo he hablado con ella y ella dice que eso, pues cuando hemos hablado aparentemente dice que no le importa, pero cuando yo leo las historias clínicas sí manifiesta eso, que es como eso como un vacío como que está, pero no está o como que, a pesar de que esta ahí con la familia y que uno, y que uno de pronto

si la quieren y toda la cosa, no sé por qué ella no lo percibe así, en su interior ella no percibe que eso sea como, como sentirse allí realmente en familia.) (B.35)

Los índices de depresión según Pardo et al., (2004) “puede deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, caracterizadas por altos índices de desempleo, violencia y pobreza” (p. 18); esto a su vez puede relacionarse con el diagnóstico de D y sobre las conductas anteriormente mencionadas, que a su vez se ve reflejado en la preocupación de la madre, que la lleva a indagar por medio del diálogo y otras estrategias a ahondar en aspectos como la violencia y diferentes tipos de traumas, etc.

En este sentido, el contexto emocional se evidencia cuando la madre al tener armonía con los sentimientos de la hija reconoce los comportamientos y las modificaciones en la conducta, que la llevan a tomar acciones al respecto (Gómez, 2016). En este mismo sentido, se puede evidenciar el interés por parte de la madre, al informarse por medio de las historias clínicas.

La depresión ha sido asociada a posibles situaciones que puede ocurrir dentro de la adolescencia, entre los que se encuentran los problemas familiares (falta de apoyo y guía parental), los tipos de interacción familiar, vivir o haber vivido abandono familiar, etc., (Pardo, et al, 2004), que podrían relacionarse con lo que expresa la madre frente a la situación de D con familia y lo que recalca la hija en las citas con psiquiatría.

En este sentido, son considerados debido a la sintonía afectiva y los aspectos analizados, un facilitador de grado moderado, que ubica a la madre frente a la situación

que vive, como una persona interesada en indagar y conocer acerca de la causa de la depresión de su hija.

5.3.5 Identificación de espacios y momentos

Aquí se habla sobre la identificación de espacios o momentos en lo que la madre identifica como oportunos o no, para llevar a cabo interacciones con su hija.

“Si hay dificultades, por lo que yo te digo, a veces no sé cómo abordar algunos temas con ella, no sé. Por lo que ella misma es introvertida. Yo digo que ella tiene cosas guardadas en su corazón y que no le cuenta a nadie..... a sus amigos.” (A.30)

Posterior a discusión / diferencia de pensamiento.

“Digamos que al rato..... yo me siento tranquila, y pues yo la dejo, y al rato ella va sí, y me dice “ay mamá, de pronto si tenéis razón, no debo subir esa foto” por decir algo, una mujer semidesnuda, no ella, sino cualquiera. “tenés razón” si, no hay necesidad de eso, ud tienen su punto de vista, pero no hay necesidad de estar con las mismas fotos mostrando las cosas, Entonces ella como que reacciona y” (A.32)

Diferencia de ideas que repercuten en la comunicación.

“Sí, pues, mamá hija si, no sé con los demás, pero sí. Como te decía antes hay, ha habido a veces controversias, pero, pero pues trato yo al máximo de que, de entenderla y pues yo también sé que uno pasa momentos difíciles de la vida, pero, pero yo siempre le digo, yo no estoy de acuerdo en lo que usted está pensando o

lo que quiera hacer, pero igual tiene mi apoyo. O sea, que, porque va a hacer eso, eligió tal cuestión yo la vaya a desproteger como mamá no va a pasar, pero no, hay cosas que me cuestan trabajo aprobar, pues por la condición misma de la creencia de Dios. (A.74)

“Por ejemplo, a ver! Yo soy creyente cristiana, y ella también. Nosotros asistimos a una iglesia cristiana, pero como ella es muy joven, no entiende muchas cosas de Dios, Entonces, a veces chocamos, o ella tiende mucho a ser feminista, ella sigue muchos movimientos feministas, y pues yo comparto muchas cosas, porque sé que ellas han hecho muchas cosas buenas, pero otras no. Entonces, a veces chocamos, y a veces cosas así no me comenta, o sube cosas de perfil y cosas al estado que a mí no me agradan, entonces yo le digo: “mire X, eso no me parece”, a veces me contesta mal, “ese es mi gusto ese es mi estilo, déjelo ahí” entonces, a veces chocamos.” (A.31)

Pérez y Urquijo (2002) describen a la persona introvertida, como aquella que asume una actitud introspectiva, reservada y distante, excepto con sus íntimos amigos, sosteniendo las primeras, relación con la depresión. Estas, son consideradas como una barrera de grado ligera en la relación madre e hija, debido a que, las interacciones se limitan a los intentos de la hija, y que la madre toma como oportunidades para llevar a cabo la reciprocidad comunicativa.

En la segunda cita, se identifica los puntos de vista, sobre temas cotidianos relacionados con la diferencia de ideologías y creencias de ambas. Es evidente la reciprocidad en la

inferencia de emociones entre madre-hija, para el manejo de la conversación. Así mismo, es muestra de la flexibilidad de pensamiento de D, a través de la introspección de la que habla Pérez y Urquijo (2002), reflejada en que vuelve a la conversación, frente a las interpelaciones de la madre.

La diferencia de pensamiento moviliza las interacciones comunicativas, ya sea para solo exponer o convencer al otro, aunque de una u otra forma se influye en el interlocutor. Respecto las creencias religiosas es claro que, para la madre, según lo que señala, no son negociables en lo que a su actuar concierne, aunque, pretende persuadir a su hija a considerar otras ideas, de las que ya sigue y cree.

5.3.6 Identificación de emociones y actitudes entre madre-hija y otros

En este apartado, la madre refiere que D ha mejorado en la parte afectiva

“Y a mí también como mamá, también se ha acercado, más. Creo que debe ser también por lo que está, mejorando como en el área emocional, ha mejorado.”

(B.4)

"Es más afectuosa y está contándome más sobre sus cosas porque antes no le gustaba compartir, se encerraba mucho más en ella misma, pero si está compartiendo más sus, sus intimidades por decirlo.” (B.5)

“Pues de acercarse y darle un abracito a uno, o decirle que lo quiere, o que está agradecida con lo que uno le ha dado, o ha hecho por ella. Cosas así.” (B.6)

"y pues sí, a veces se tornaba un poco agresiva, -que no me molesten- que yo tan cansona, cosas así, pero..." (B.17)

La madre menciona que a D no le gusta compartir, se encierra en sí misma y que hay momentos en donde se torna un poco agresiva de forma verbal, lo que vendría siendo una barrera de grado ligera, lo que podría generar dificultades para la comunicación. El aislamiento, los comportamientos agresivos, entre otros, son aspectos que derivan de la depresión (Pardo, et al., 2004). Sin embargo, la madre refiere que ha habido un acercamiento más entre ella y D, lo que en términos de Duchan (1995) tal aproximación puede considerarse como un aspecto que favorece la sintonía comunicativa y a su vez da la posibilidad de interactuar entre ellas. Esto se evidencia en aspectos como el compartir sus intimidades, dar muestras de afecto, etc., que se pueden clasificar como un facilitador de grado grave.

5.3.7 Valores que resalta la madre sobre su hija

En este apartado la madre expresa los valores que la madre resalta de su hija.

“Que no es resentida, o sea que no guarda como rencores, porque pues yo también cometo errores, como todas las personas, entonces, tal vez yo a veces muchas veces también de mi parte me equivoco, pero es fácil o sea la relación en cuanto al... en ambas, en cuanto al disculparnos y a no quedarnos como que ¡uy! una enemistad entre las dos, las dos tendemos arreglar como eso, las situaciones.” (B.20)

Reflexiones de D, expresadas a su madre sobre su condición de salud.

“Eso le genera a ella sentimiento de culpa, malestar, porque ella dice -mama yo no quiero ser así, pero no soy yo- o sea, eso se me sale de las manos “Yo no quiero ser así, dice ella” (B.44)

Percepción de la madre, sobre su apoyo a D.

“No ella siente que yo ya le, o sea, ya como le comprendo más, m... no ha habido como mucho choque en esa parte.” (B.45)

“Tampoco, no, desde que yo entendí que eso era una enfermedad mental y que había que tratarla como tal, no ha habido así ya contratiempo en esa parte.” (B.46)

La auto-culpa es uno de los tipos de cogniciones más frecuentes (Pardo, et al., 2004). Esta se relaciona con el diagnóstico de depresión, además, es producto de la introspección de D, sobre sus actitudes que, a su vez, y a pesar de no poder controlar, las expresa a su madre, a través de la sintonía afectivo-comunicativa, lo que se valora como un facilitador de grado grave del contexto emocional.

Respecto a la comprensión de la madre sobre la enfermedad, y siendo esta guiada por los profesionales de la salud implicados, es de valorar la forma de concebir la enfermedad y sus implicaciones, tanto para su hija como para ella misma, lo que es un facilitador de grado completo, debido a la habilidad de adaptación de sus formas de actuar, hablar, entre otros y los ajustes que realiza para lograr las interacciones comunicativas de diferentes maneras.

5.3.8 Importancia sobre la necesidad de comunicar de la madre

"A veces se lo he manifestado, pero también supongo que no manifiesto esa parte. No sé si esté equivocada, porque más vale tiendo a darle todo el apoyo, pero como que yo me callo también mis cosas, pero yo también a veces necesito como comprensión de alguna manera." (B.72)

"Si, si sería importante manifestarle, sí. Por ejemplo, ahorita tengo un hermano muy enfermo, está en Bogotá y está muy grave y me ha dado la llorona, la desesperanza, y si he sentido apoyo de ella, me consuela, me hace sentir el apoyo. Entonces si es importante manifestar esas cosas. No, yo estoy triste, claro. Mi hermano está muy enfermo, tal cosa. Es bueno la comunicación y manifestarle como uno se siente como mamá también es importante." (B.73)

"Si, por ejemplo lo que tú me estás manifestando es bien, el que ya como que de alguna manera manifieste eso que necesito, una red de apoyo, una colaboración. Pues uno a veces no piensa en uno mismo, sino que todo es el hijo, el hijo, el hijo, y uno también necesita esa parte, como ese apoyo." (B.75)

"Los familiares necesitan de respaldo en el ámbito psicológico para que puedan aprender a lidiar con emociones fuertes de forma más amena" (Silva et al., 2004, p.518), que es un aspecto en el que se recoge la madre al mencionar que pese a brindar el apoyo ella también lo necesita. Esto a su vez parece generar una carga emocional en la madre, al referir en algunas ocasiones, no manifestar la forma en la que ella se siente, lo que se

ve como una barrera de grado grave, debido a que la reciprocidad, respecto a dar a conocer el cómo realmente se siente y a profundidad, no se logra.

5.4 Servicios, sistemas y políticas sanitarios

Aquí se analizará la importancia del acceso de los servicios de salud, y al seguimiento terapéutico tanto de D, como de su madre y la familia, en torno a las estrategias para lograr las interacciones comunicativas y la situación base que es la depresión.

¿Cómo se dio el diagnóstico?

“Fue cuando la llevé a la EPS y ahí ya, a psicología, terapia de psicología y ya hace como 2 años está, pues, en el hospital universitario psiquiátrico.” (A.9)

¿Cómo la encuentra D en este momento?

"En este momento está controlada. Ella tuvo una crisis en julio? En julio tuvo una crisis muy brava, no sé si por la misma situación de la pandemia y que no veía si quiera a sus dos amiguitas especiales, le dio así la depresión brava. Y cuando la volví a llevar la EPS y otra vez al psiquiátrico, porque ella tenía control cada 6 meses, y ahí fue cuando le dijeron que hospital día y ya lleva dos meses, un mes y medio en hospital día. Y con los medicamentos en estos momentos está estable, está nivelada, como dice ella.” (A.17)

¿considera usted que la medicación afecta la forma en la que ella se comunica o se relaciona con usted y los demás?

“Si, bueno la medicación se la han dado, la que le da como sueño se la han dado en las noches, porque al principio se la daban en el día y si mantenía, así como somnolienta como aperezada como que -no quiero nada- pero cuando ya se la colocaron de noche, es más despierta y no ha habido como problema en ese aspecto.” (B.25)

En este apartado, se le pregunta a la madre por las estrategias que usa frente a las situaciones de crisis

"Pues como yo ya he pasado por esas situaciones yo lo que hice fue ya medicamenté, o sea, acudir a la EPS y que la volvieran a valorar y examen y toda la cosa.” (A.85)

La madre menciona que, frente al diagnóstico, se llegó por medio de la entidad prestadora de servicios (EPS), en donde accedió a los servicios de salud en el hospital. Este acceso a los servicios de salud hace referencia a la categoría de servicios, sistemas y políticas por medio de los cuales las personas pueden beneficiarse para la satisfacción de sus necesidades en salud, bienestar, despliegue de sus capacidades y garantía derechos (Gómez, 2016).

Aquello se ve reflejado de igual manera por la asistencia al programa de hospital día, durante la crisis mencionada, el acceso a los medicamentos, entre lo que encontramos una forma en como la madre nombra a su hija según el estado en el que se encuentra, aspecto que se mencionó en los apartados A.5 y A.18 y los controles por parte de personal médico. Estos aspectos, así como los conocimientos elaborados por parte de

la madre como estrategias frente a las situaciones que se presentan, son un facilitador de grado grave.

De acuerdo a la percepción de la madre sobre la comunicación de su hija frente al tratamiento farmacológico, actualmente, este no incide de una forma notoria en la comunicación de D, en comparación a los momentos iniciales, que se mostraba significativamente irritable. Debido a ello, se califica el acceso y uso de medicamentos para tratar las implicaciones de la depresión, como un facilitador de grado grave, que si bien, deja una considerable brecha para definir si realmente no incide en las formas de comprender y comunicar de D, es importante.

5.4.1 Pertinencia del acceso a servicios de salud

Aquí, se relacionará la pertinencia del acceso a servicios de salud en el manejo de la depresión, desde la terapia familiar y la necesidad de que esta cubra a los miembros de la familia, especialmente a la cuidadora principal.

“Hmmm no, son esporádicos, y además como con lo de hospital día la trabajadora social ya hablo con cada uno de ellos en cuanto a la ayuda, a la comprensión del tema en sí, ellos, ellos ya como que se han concientizado de que debemos es apoyarla y no hacer comentarios hirientes porque por ejemplo el tío a pesar de que es querido es sarcástico y le hace comentarios hirientes por ejemplo: ay ya viene la amiguita gordita; y pues para ella no le gusta porque es su amiguita, gorda flaca lo que sea negrita, y la trabajadora social le ha dicho ella eso, tienen que aceptar sus amigos como son y no hacer esa clase de comentarios que ella no

siente bien que le hagamos esos comentarios. Creo que ha ayudado mucho lo de hospital día en esa parte de concientizar a la familia en cuanto al manejo de la misma enfermedad como tal, es importante.” (A.58)

Los familiares necesitan de respaldo en el ámbito psicológico para no provocar rupturas definitivas en los lazos familiares, lo que suele suceder en el ambiente familiar (Silva et al., 2004). Por referencia de la madre, ya existe una ruptura en los lazos familiares entre D, la tía y la abuela, sin raíz aparente, sin embargo, comentarios que no corresponden al rol que asume D en la actualidad, y que también arremeten hacia sus amigas, este es un aspecto que no contribuye a que la comunicación fluya, y por ende, en lugar de lograr una sintonía afectiva, conlleva restringir las interacciones entre D y el resto de la familia. El acceso a servicios de salud como trabajo social, que ha tenido acciones dirigidas a la familia para facilitar la comprensión por parte de esta hacia las implicaciones de la depresión, el rol que podrían asumir, y las estrategias que facilitarían las dinámicas familiares, se considera como un facilitador de grado moderado.

5.4.2 Acompañamiento profesional dirigido a la madre

Sobre el acceso a servicios de salud con profesionales y la necesidad de los mismos en torno a la madre.

Han accedido ambas. "pues a psicología y psiquiatría." (B.39)

“¡A mí no me han tratado! No sí, ahora cuando hay charlas... Si, pero que yo diga, pero estoy tratada con psicología, no.” (B.40)

¿esas charlas que usted menciona con que profesionales son?

“Trabajadora social, con las mismas psicólogas” (B.41)

¿sobre qué temas?

“Más que todo sobre en ¿cómo nosotros debemos tratarlos a ellos? como debe ser ese comportamiento el ¿cómo debemos entender la parte de su enfermedad? no verlos como que ahh es que son cansones eso es de berrinche [...] ya pues uno ya va a las charlas y le explican el tema, pues si ahí hay algo más, eso no es normal.” (B.42)

“Muy importante, muy importante, porque como te digo, sobre todo cuando uno está en... si yo viviera con mi hija sola, ya entendiendo el tema, a lo mejor yo creo que ella se sentía como con menos cohibida o con menos carga, ella dice que a veces se siente cargada por el entorno, por lo que no comprenden el tema (B.43)

¿Usted considera importante para usted, tener ese acompañamiento de los profesionales en esta situación?

“Si, si lo he pensado. En algún momento he pensado hasta cómo pedir cita a psicología, porque a veces me cargo mucho y entonces como que me lo quedo yo, no lo manifiesto, entonces como que me cargo. Entonces si sería bueno, yo creo que, aparte, como madre de una persona así, también sería bueno tener esa ayuda profesional. No lo he hecho, pero si lo he pensado, sobre todo cuando esas crisis son duras, como que uno a veces no sabe cómo actuar, sería muy bueno.” (B.74)

"Yo a veces pienso que, digo yo, ay será que yo también necesito hasta una parte de psicología que me ayude, porque es lo que te comentaba, yo no sé cómo abordar ciertas cosas, ciertas situaciones o como buscar esos espacios, para yo poder tener más acercamiento a ella y que no sienta ella que es que yo la, solo por las tareas, que solo por las obligaciones, sino que, sienta que yo estoy más como mamá, mamá; eso es lo que debo mejorar." (A.91)

“Las evidencias demuestran que la depresión genera muchas incomodidades y contribuye una carga muy pesada para la familia, reiterando la necesidad de que la asistencia sea extendida los familiares de las personas que sufren este trastorno” (Silva et al., 2004, p.518). Si bien el apoyo primario de los servicios de salud es direccionado a la persona que lleva el diagnóstico, "los problemas psiquiátricos individuales deben entenderse en un contexto social", Hales, Yudofsky & Talbot (1996, p.1234), debido a que, de acuerdo con los mismos autores, se reconoce al individuo como miembro de una unidad familiar, sin importar el tipo de conformación.

5.4.3 Acceso a servicios de Fonoaudiología

¿Ustedes han accedido a servicios de fonoaudiología? alguna vez se los han mencionado?

"Fonoaudiología... Si, pues no sé, creo que tiene que ver con el área, porque ella cuando tuvo como 6 añitos, ella la operaron de los adenoides, y de pronto la vio la fonoaudióloga. Algo así." (B.67)

¿Y con la depresión?

“No”. (B.68)

“Por ejemplo, o sea, yo estaba pensando que, qué tiene que ver el área de la fonoaudiología con lo de la psiquiatría, en qué aspectos se relacionan, es por la comunicación o que.” (B.76)

La madre expresa haber accedido a los servicios de Fonoaudiología por el problema de adenoides que presentó la hija durante su infancia. Desde que se dio el diagnóstico de depresión, la joven ha contado con atención, médica, terapéutica y especializada exceptuando los servicios de fonoaudiología, cuya área del saber es la comunicación humana. Según Leyva et al. (2007), entre las alteraciones más frecuentes en los adolescentes con diagnóstico de depresión esta la falta de comunicación, aspecto que ubica al fonoaudiólogo como uno de los profesionales que podría intervenir en las dificultades que afectan la comunicación humana, lo que, a su vez, favorecería a una atención más integral, centrado en el trabajo multidisciplinar y en el logro de un mejor desempeño familiar, social, académico y laboral, centrado tanto en la persona como en su entorno y contextos. Esto, podría categorizarse como una barrera de grado grave para el contexto de sistemas.

5.4.4 Apoyo a cuidadora

Esta categoría surgió dada la riqueza en los datos, que si bien, en su gran mayoría y dada su naturaleza se recogieron en las categorías anteriores, esta recoge aspectos que los contextos comunicativos de Duchan (1995) y la categoría de la CIF (OMS, 2001) no contemplan hacia los cuidadores de una persona con algún tipo de condición de salud.

¿Usted tiene alguna red de apoyo?, es decir, un círculo social - afectivo aparte del núcleo familiar?

"Si, o sea, los tíos, que el otro tío que con su esposa, que ellos viven aparte, ellos son muy especiales y si sobre todo a mí, cuando yo también me siento así como que, necesito como que me dé un consejo, tal cosa, yo acudo mucho a ellos. Ellos son muy queridos y como ya son adultos y ya han tenido experiencias con sus hijos entonces si me ayudan mucho. (B.50)

“Pues, de pronto los padrinos de la niña también.” (B.51)

“Si, si tienen alguna clase de vínculo, y luego si pues ya la gente profesional, o sea los que están manejándola a ella ya profesionalmente”. (B.52)

En momentos de su desesperación por las crisis de D ¿hay unas personas o un grupo de personas a quienes usted pueda recurrir y que le pueda servir de apoyo?

"Ummm, no. No la hay. No la hay porque, no sé, diría que pues uno de verdad a veces se siente que hubiera sido, pues, sería bueno tener esa red de apoyo, sería bueno. Porque por ejemplo la parte que maneja la psiquiatría y lo psicológico, toda esa parte que la maneja ella pues yo no tengo sino cuando ellos llaman, el contacto, pero que yo diga, Ay! yo tengo un contacto, un teléfono o algo donde yo pueda llamar y que Ay! que tal cosa me puedan decir algo en ese momento, pues no lo tengo y si sería bueno tener algo así, esa red de apoyo sería bueno.” (B.53)

Arias (2007) menciona que “La red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas

de apoyo. Si bien la persona no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas” (p.149), que en el marco de la información suministrada por la madre, ella acude a miembros de la familia extendida encontrando el apoyo a través de la escucha y los consejos, lo que se califica como un facilitador de grado moderado.

Así mismo, la madre reconoce en los profesionales que tratan a su hija, como una red de apoyo, además, refiere tener la expectativa de contar con algo similar, como se expresa en el apartado B.75, en lo referente a las funciones de la red, Arias (2007) incluye la “compañía social”, el “apoyo emocional”, la “guía cognitiva y consejos” y la “ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos”.

6 CONCLUSIONES

Esta investigación se planteó como objetivo general identificar los aspectos que favorecen o restringen las interacciones comunicativas entre madre e hija, condicionada por diagnóstico de trastorno de depresión en la adolescente, partiendo de la percepción de la madre, como única informante.

A partir del análisis de la información recolectada se concluye que:

- Respecto a los facilitadores

En los facilitadores encontrados que predominan entre los aspectos identificados en esta investigación presentamos como evidente una visión competente de su hija, en cuanto a su desempeño escolar, ejercicio de la responsabilidad y la habilidad de desempeñar diversos roles según el contexto y los actores implicados en lo que concierne al contexto social. Adicionalmente, sobresale el reconocimiento de la madre hacia la autonomía de su hija, las formas de promover sus habilidades y la disposición para brindar apoyos desde diversos roles, con flexibilidad y conservando su figura de autoridad.

Se resalta la reciprocidad en la búsqueda y ajustes de espacios y estrategias por parte de la madre y la hija, especialmente de la primera, para lograr las interacciones comunicativas, aunque, en algunos momentos de manera asincrónica. Además, se destaca, la habilidad para inferir los estados de ánimo, las actitudes entre D y su entorno, así como los intereses de D, por parte de la madre que han permitido a la madre construir unos conocimientos elaborados respecto a la condición de salud de su hija, y por ende

la puesta en escena de estrategias empíricas y que ha adoptado de las brindadas por los profesionales de la salud.

La madre demuestra interés por el estado de su hija, asunto que la conduce a tomar medidas para informarse sobre la condición de salud que le ha permitido dar respuesta en los momentos claves de su hija. A través de las charlas y del acceso a los diferentes servicios de salud, ha logrado un fortalecimiento de saberes sobre el acompañamiento y seguimiento de su hija, en el proceso de tratamiento y también para la vida.

De esta manera, se concluye que la mayoría de facilitadores que median y hacen posible las interacciones comunicativas entre la madre y la hija, están fundamentados en la reciprocidad, la voluntad y la flexibilidad para adoptar el cambio, que, si bien, no alcanzan a ser completos, de acuerdo a la valoración otorgada conforme a la información proporcionada, permiten en gran medida que las interacciones comunicativas se lleven a cabo, a pesar de las barreras identificadas, con las que se concluirá a continuación.

- Respecto a las barreras

Las barreras encontradas se encuentran relacionadas con las dificultades familiares que pueden ser producto de una no completa comprensión por parte del núcleo familiar y de la madre (aunque esta solo en sus inicios), sobre la depresión y sus implicaciones en las dinámicas familiares, en los contextos analizados. Estas representan dificultades que a través de los conocimientos empíricos y de los apoyos de profesionales de la salud, no alcanzan un grado completo.

De igual manera, las principales barreras encontradas están relacionadas con el componente propio de la depresión, el aislamiento, lo distante, los problemas de la alimentación y, en general, en aspectos relacionados con la familia y los eventos de crisis. La atención y el acceso por parte de los profesionales están enfocados hacia la joven con la condición de salud, para lo que convendría realizar un trabajo integro hacia con la familia y/o cuidadora principal, quien apoya el proceso y se encuentra presta a recibir apoyo para realizar un óptimo acompañamiento a la situación, además de considerarla como el máximo apoyo fuera del programa Hospital día.

En este sentido, se concluye que las barreras identificadas son aspectos que se podrían tener en cuenta para mejorar, no solo desde el abordaje individual, sino también contextual y familiar de la condición de salud de la persona. En este abordaje sería pertinente tener presente que la madre es la única cuidadora y así proporcionar los apoyos más funcionales, en pro de favorecer la situación comunicativa. Así mismo, reconociendo la importancia del trabajo interdisciplinario, como una herramienta que permite vincular a otros profesionales como los Fonoaudiólogos, con el fin de aportar al mejoramiento integral de la calidad de vida de la persona y su familia. En este sentido, la labor del Fonoaudiólogo cobra un rol importante, junto a otros profesionales, ya que, como experto en la comunicación y en los subprocesos que la permiten, puede contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con diagnóstico de depresión (Ramírez y Colina, 2009).

7 RECOMENDACIONES

Se considera de gran importancia extender el apoyo profesional hacia la cuidadora principal, ya que al reconocer a la familia como una unidad, y que uno de sus miembros se vea afectado por una condición de salud, en este caso la depresión, esta repercute en la de individuos que la conforman. Como se evidenció en los relatos de la madre, esta afectación va desde el actuar por desconocimiento, hasta el optar por una actitud de omisión, precisamente por la falta de herramientas para comprender las implicaciones y las diversas formas de realizar acompañamiento al proceso de tratamiento.

Se invita a continuar el análisis de aspectos que favorecen y restringen la comunicación entre madre e hija, desde otras miradas como la de los profesionales de la salud, la persona con la condición de salud, integrantes de la familia, pares comunicativos, entre otros. Esto con el fin de poner en tensión los diferentes ángulos de interacción y que permitan consolidar experiencias, estrategias y herramientas de abordaje, además de profundizar sobre aspectos propios del conocimiento y desde el quehacer fonoaudiológico que permiten aportar a la calidad de vida de las personas.

A su vez, se recomienda generar estudios que presten especial atención al plan de tratamiento brindado por el HDPUV, que permita entrever aspectos que favorezcan la continua construcción de un modelo pensando en la persona, sus cuidadores, la familia y el contexto y la calidad de vida de estos, que permitan continuar contribuyendo a la sociedad colombiana.

A la comunidad académica del Programa Académico de Fonoaudiología de la Universidad del Valle, sugerimos seguir explorando el vasto campo de quehacer fonoaudiológico con el propósito de estar a la vanguardia, para hacer frente a las demandas propias de nuestros contextos y de la realidad social que vivimos, comprendiendo la importancia de la salud mental y su relación con la profesión, de forma que se pueda dar respuesta y conocer nuestro actuar desde la formación profesional.

Recomendamos a la Universidad del Valle, continuar contribuyendo a la cultura de la investigación, que la salud mental se convierta en uno de los pilares de su objeto social y de esta manera con su contribución a la comunidad, permita aportar a la construcción de una mejor calidad de vida para los y las colombianas.

8 LIMITACIONES

Entre las principales limitaciones se presentaron las dificultades propias de la emergencia sanitaria por Covid-19 a nivel mundial, además, de las dificultades personales de la informante y el proceso de duelo dada la pérdida de un ser querido, lo que limitó el número de encuentros (2) y a trabajar con la información obtenida hasta el momento.

9 REFERENCIAS

- Aldana, N. C., y Zuluaga, C. LL., (2019). Depresión masculina y dinámicas familiares desde la perspectiva de pacientes atendidos en una institución de salud mental. Pontificia Universidad Javeriana. Repositorio PUNJ. <https://bit.ly/3nfftvD>
- Alonso, A. (2009). La depresión en adolescentes: La salud mental de las personas jóvenes en España. *Rev Estudios de Juventud (Madrid)*, 84. <https://bit.ly/3a77Q6Q>
- Arango, A. L. V. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 63-78. <https://bit.ly/2KorVdG>
- Arango, M. Z., Rodríguez, A. M., Benavides, M. S. y Ubaque, S. L. (2016). Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la terapia familiar sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó* (histórico), 3(1), 33-50. <https://bit.ly/2W6nbfE>
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-158. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p147-158>
- Bareiro, J. (2014). Dignidad en la Declaración de los Derechos Humanos de 1789 y su fundamentación desde Kant y Habermas. Antecedentes filosóficos en el campo de la salud mental. *Anuario de investigaciones*, 21, 211-216. <https://bit.ly/37b5lyo>

Borrero, A. V., Cadavid, A. I., Millán, D. M., & Quiñones, D. (2017). Primera entrevista familiar sistémica: estrategias para el trabajo fonoaudiológico con las familias de las personas con discapacidad [recurso electrónico]. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Catalán, V. G., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales, (26). <https://bit.ly/2LwhqpV>

Churchill, S. L., & Stoneman, Z. (2004). Correlates of Family Routines in Head Start Families. Early Childhood Research & Practice, 6(1), n1. <https://bit.ly/3oNe1kA>

Duchan, J. F. (1995). Supporting language learning in everyday life, 37-133. Singular Publishing Group, INC.

Escobar, A. (2017). “Diseño para las transiciones”, Etnografías Contemporáneas, Año 3, No 4, pp. 32-63 <https://bit.ly/3n9Bq7Q>

Espín, J. V., (2002). El análisis de contenido: una técnica para explorar y sistematizar información. XXI. *Revista de Educación*, 4. 95-105. Universidad de Huelva <https://bit.ly/37nmF3q>

Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14(4), 21-34. <https://bit.ly/3mcqYCD>

Eunofre, J. S., y Julca, M. M., (2018). Estilo de comunicación intrafamiliar de los estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa Raúl Porras Barrenechea, Churin – Provincia de Oyón. 2018 [Tesis de pregrado, Universidad

Nacional José Faustino Sánchez Carrión, No publicada] Repositorio Institucional UNJFSC <https://bit.ly/3ndFyek>

Gómez, N. V., (2016) Evaluación de la comunicación y el lenguaje desde un enfoque ecológico. Evaluación de factores contextuales. [Documento no publicado]. Curso evaluación del lenguaje. Programa Académico De Fonoaudiología., Universidad del Valle.

Hales, R. E., Yudofsky, S. C., & Talbot, J.A., (1996). Terapia familiar: Evaluación y tratamiento desde una perspectiva sistémica. In J. S. Rolland., F. Walsh, (Eds.), Tratado de psiquiatría clínica. (pp. 1233-1264). Ancora S.A. <https://bit.ly/3n9i1v3>

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. (2017). *Perfil epidemiológico HDPUV*. <https://bit.ly/2LsniQt>

Igualada, D. A. B., (1994). Estrategias comunicativas: la pregunta retórica en español. Revista española de lingüística, 24(2), 329-344. <https://bit.ly/3n9kOVj>

Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45(3), 225-232. <https://bit.ly/3gB0QjL>

Londoño, C. y González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. <https://bit.ly/2W9nmXv>

López J, María T., Barrera V, María., Cortés S, José F., Guines, Metzi, & Jaime L, Martha. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes

con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 34(2), 111-120.

<https://bit.ly/37a51QI>

Martín-Baró, I. (1984). Guerra y salud mental. *Estudios centroamericanos*, 429(430), 503-514. <https://bit.ly/3oHfBnK>

Matiz, S. C. (2007). Estudio descriptivo del lenguaje y la comunicación del paciente hospitalizado en la Unidad de Salud Mental del Hospital Militar Central y la Clínica Psiquiátrica Santo Tomás. *Revista Areté*, 7(1), 49-57. <https://bit.ly/3qU5P3y>

Ministerio de Salud. (2015). *Documento Metodológico Encuesta Nacional de Salud Mental*. <https://bit.ly/3qU6e64>

Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V., Salud Pública, 49-54. <https://bit.ly/3gGYZtG>

Noreña, A. P., Cibanal, J. L., & Alcaraz, N. M., (2010). La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Rev Esp Com Sal*, 1(2), 113-29. <https://bit.ly/37ba5nL>

Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF. <https://bit.ly/3a6srIc>

Organización Mundial de la Salud (2017, octubre 9). Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://bit.ly/3a9gjWW>

Organización Mundial de la salud (2021). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

Consultado el 25 de enero de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. Revista colombiana de psicología, (13), 17-32. <https://bit.ly/2JXUQFR>

Peña, A. N., Juan, J. C. y Moreno, N. A. (2010). La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(2), 113-29. <https://bit.ly/3mbdiYx>

Pérez, M., & Urquijo, S. (2002). Rasgos de personalidad y depresión en adolescentes. [Tercer congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis] Universidad Nacional de Mar del Plata- Mar de la plata, Argentina. <https://bit.ly/2W7Hr0d>

Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498. <https://bit.ly/2KhD14u>

Puello Scarpatti, M., Silvia Pertuz, M., & Silvia Silva, A. (2014). Límites, Reglas comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes.

Ramírez, S. A. & Colina, S. (2009). Roll of the phonoaudiologist in the area of mental health: a professional experience in the Central Military Hospital. *Revista Med*, 17(1), 26-33. Retrieved June 24, 2019, from <https://bit.ly/3oPID4C>

Retamal, P. (1999). Depresión. Editorial Universitaria. <https://bit.ly/2Ka6YDn> (Documento publicado originalmente en 1998).

Ritvo, E., y Glick, I. (2003). Terapia de pareja y familia. México: Manual Moderno.

- Rizo, M. (2011). Reseña de “Teoría de la comunicación humana” de Paul Watzlawick. Razón y Palabra, (75),. ISSN: 1605-4806. <https://bit.ly/3nf73Eu>
- Rodríguez, J. M. (2011). Métodos de investigación cualitativa. Qualitative research methods. Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo Bogotá–Colombia. SILOGISMO, 8. p.14 <https://bit.ly/38aPAXm>
- Silva, M. C., Hoga, L. A. & Stefanelli, M. (2004). The presence of depression in the family history. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 13(4), 511-518. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000400002>
- Stake, R. E. (1995). The art of case study research. Sage Publications. <https://bit.ly/2KlxDNu>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2008). La entrevista en profundidad. *Métodos cuantitativos aplicados*, 2, 194-216. <https://bit.ly/3qZDXeG>
- Verdugo, M. A., & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77. <https://bit.ly/2KoFkT5>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. y Jackson, D. D. (2011). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Herder Editorial, Barcelona.

ANEXOS

Anexo 1. Aval del comité de ética Universidad del Valle

 FACULTAD DE SALUD Comité Institucional de Revisión de Ética Humana	FORMATO ACTA DE APROBACION N°(013 - 020)
---	---

Proyecto: **Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico depresivo y/o su padre- madre, desde la percepción de los últimos**

Investigador Principal: Alejandro Muñoz -Yanidza Quintero- Karina Alejandra Arenas

Código Interno: (.118 – 020)

Fecha en que fue sometido:

DIA	MES	AÑO
04	06	2020

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000. Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

☒	Protocolo de Investigación
☒	Instrumentos de recolección de datos
☒	Formato de consentimiento informado
☒	Soportes solicitados por el CIREH
☒	Cartas de las instituciones participantes
☐	Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

☒	Riesgo mínimo
-------------------------------------	----------------------

4. Las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - c. Lesiones a sujetos humanos.
 - d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - e. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
 - f. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de un **(1) año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán solicitar la renovación del aval, adjuntando los documentos solicitados por el CIREH.



FACULTAD DE SALUD
Comité Institucional de Revisión de
Ética Humana

FORMATO ACTA DE APROBACION
N°(013 - 020)

7. El investigador principal deberá informar al Comité:

- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
- Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
- Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
- Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
- Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
- La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
- El investigador principal deberá presentar un informe final al terminar el proyecto.

Fecha de
Expedición:

DÍA	MES	AÑO
18	08	2020



Firma:

Nombre: **BEATRIZ EUGENIA FERNÁNDEZ H.**

Capacidad Representativa: PRESIDENTE

Teléfono: 5185677

Anexo 2. Aval del comité de ética HDPUV



INVESTIGACIONES HDPUV <investigacioneshdpuv@gmail.com>

lun, 14 sept 14:33 ☆ ↶ ⋮

para mí ▾

Cordial Saludo Yanidza,

Con la presente, le informamos que su protocolo ha sido aprobado por el comité de Investigaciones y por tanto se puede desarrollar en el Hospital. Por favor tenga en cuenta, lo siguiente:

- Informar cualquier cambio, suspensión o terminación anticipada del proyecto.
- Considerar las medidas de bioseguridad frente al Covid-19 para la realización de consentimientos y entrevistas tanto para usted como para el paciente.
- Notificar qué profesional de nuestra institución apoyará el acompañamiento de sus actividades. (requisito indispensable para el inicio)
- Presentar un informe de los resultados obtenidos.

Atentamente,

Carlos Alberto Miranda Bastidas
Psiquiatra
Oficina de Docencia Servicio e Investigación.

Anexo 3. Consentimiento informado

TRABAJO DE GRADO ‘ASPECTOS QUE FAVORECEN O RESTRINGEN LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA ENTRE UNA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO Y SU CUIDADORA’

A través de este documento, queremos invitarle a participar de manera voluntaria en este proyecto de investigación que busca conocer y describir los aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su padre y/o madre, durante los meses de agosto y septiembre del 2020.

Para realizar este trabajo, se requiere la realización en conjunto, una serie de reuniones para lograr la recolección de información que usted tenga a bien suministrarnos, a través de entrevistas, que cuya fecha y horario se fijarán de acuerdo a su disponibilidad de tiempo.

Su participación en este proyecto de investigación se dará a través de la asistencia a las reuniones, respuestas otorgadas en las entrevistas, y autorización para realizar grabaciones solo de audio, dicha participación no le generará ningún costo para acceder, ni recibirá remuneración a cambio de su participación voluntaria; usted tiene el derecho a retirarse en cualquier momento, si así lo decide, y la decisión no traerá ningún tipo de consecuencias.

Frente a la resolución 8430/1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, que regula lo concerniente a la ética en los procesos de investigación en Colombia, le informamos que:

La investigación tiene un riesgo potencial de confidencialidad mínimo, acorde al registro de datos a través de procedimientos como grabaciones de audio y entrevistas, con preguntas guiadas sobre rutinas familiares, intereses propios y experiencias actuales, sobre la comunicación, estos, son considerados como procedimientos de riesgo mínimo. En ese sentido, se buscará mantener **la protección de la identidad de los participantes** al momento de recoger, procesar y comunicar los resultados del estudio. Así mismo, **se reconoce la plena confidencialidad de sus datos personales**, grabaciones de audio y otros datos proporcionados, a estos, sólo tendrán acceso únicamente los investigadores y la directora del proyecto durante el tiempo que dura el estudio (agosto - diciembre del 2020); tanto en la escritura del proyecto como en la presentación del informe, se le asignará un pseudónimo. En caso de hallazgos o cambios dentro de la investigación, usted será informado (a) y se reconocerá su derecho de saber los elementos que conciernen su participación en el proyecto.

Cada entrevista puede durar entre 60 – 120 minutos y usted tiene derecho de suspenderla en cualquier momento y/o negarse a dar respuesta a alguna pregunta sin dar una explicación al respecto.

La información resultado de las reuniones y entrevistas puede ser publicada en revistas y libros académicos o de divulgación pública, pero en ningún momento el registro, las notas o las grabaciones recogerán su información personal que pueda vincularlo (a) con sus comentarios o con sus datos personales.

Con la investigación se espera conocer las posibles dificultades o apoyos en la comunicación familiar, con el fin de que estos resultados puedan servir para el beneficio de la comunidad, de otros estudios y/o programas de salud y bienestar social.

En caso de tener duda sobre la participación o de que se requiera información adicional sobre esta, el padre y/o la madre podrán contactarse con el investigador Alejandro Muñoz (3153799868) y la investigadora Yanidza Quintero (3195855329), con la docente Karina Arenas (301 400-8835), o con el Comité de Ética de la Universidad del Valle ((2) 518 5686), correo: eticasalud@correounivalle.edu.co). Se les hará entrega de una copia de este consentimiento una vez se haya socializado y firmado.

Las siguientes son circunstancias por las cuales se vería terminada su participación en el estudio:

- Si él y/o la participante en algún momento siente que se le está vulnerando algún derecho, puede abandonar en cualquier momento la investigación y no se le realizarían ni entrevistas, ni se programarían reuniones.
- Terminación del periodo de la investigación propuesto.
- Si él y/o la participante voluntariamente decide retirarse de la investigación.

Una vez leído el consentimiento informado, yo _____ de _____ años de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía N. _____ autorizo la recolección, uso y análisis de datos que conciernan a lo estipulado en este documento, comprendiendo de este modo que la información solo será usada en la investigación y no será divulgada mi identidad.

Autorizo la grabación en audio de las sesiones y encuentros con los investigadores.

Sí ____ No ____

Autorizo utilizar la información recolectada en otros estudios de investigación similares futuros, previa a la aprobación del comité de Ética de la Universidad del Valle.

Sí ____ No ____

Firma de la participante

CC. _____

Firma testigo (esposado (a) y/o familiar)

Firma investigador 1

Firma investigador 2

Anexo 4. Formato de entrevista A

PRIMER ENCUENTRO: “ENTREVISTA: ASPECTOS QUE FAVORECEN O RESTRINGEN LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA ENTRE UNA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO Y SU CUIDADORA”

La entrevista tendrá como objetivo la recolección de datos sobre la experiencia y el contexto de la participante para sacar las categorías iniciales, de esta manera, la perspectiva de análisis nos permite hacer una formulación de las preguntas de interés del primer encuentro, sin embargo, los énfasis y la cantidad de las demás entrevistas se determinará conforme avancen los encuentros.

Historia de vida

Conformación familiar

1. ¿Con quiénes viven?
2. ¿A qué se dedica su hija?
3. ¿Usted cómo describe a su hija? Esperar algunos elemento del dx para hacer preguntas más específicas.
4. ¿Desde hace cuánto dx?
5. ¿Identificó algunas características que la llevaran a consultar en el Hospital?
6. ¿Cómo es la relación con su hija?

Sobre la hija

1. ¿Cómo se encuentra su hija en este momento? *¿para ud qué es...?*
2. ¿Qué tipo de actividades realiza en la vida diaria su hija? Describirlas.
3. ¿Cuáles son las actividades favoritas de (nombre del hijo y/o hija)?
4. ¿Qué actividades realiza (nombre del hijo y/o hija) en su tiempo libre?
5. ¿En qué se desempeña? (Estudia/trabaja) ¿Qué nivel de escolaridad tiene su hijo/a
¿actualmente se encuentra estudiando y/o trabajando? ¿cómo es el desempeño de su hijo/a en estos espacios?
6. ¿Cuáles son las actividades que (nombre del hijo y/o hija) realiza de forma autónoma y espontanea?

Sobre la madre

1. Describa la percepción sobre la comunicación, ¿cómo se comunican? ¿en qué espacios se realiza? ¿sobre qué hablan? ¿les gusta comunicarse? ¿las interacciones surgen de forma espontánea con su hija Señale los aspectos que más le preocupan.
2. ¿Sienten que hay dificultades o aspectos que favorecen la comunicación?
¿Cuáles? ¿Porque son dificultades o aspectos que favorecen?

3. ¿Existe algo que usted espere que su hijo/a realice que no haya realizado desde la presente condición de salud?
4. ¿Su hija prefiere pasar tiempo con alguien? ¿Con qué personas prefiere su hija pasar la mayoría del tiempo? ¿Por qué cree usted que le gusta pasar tiempo con esta o estas personas?
5. ¿Qué actividades comparte usted con su hija?
6. ¿Su hija participa de actividades sociales como fiestas, reuniones y/o eventos? ¿Otras actividades sociales? Si la respuesta es positiva, ¿cómo es el desempeño de su hijo/a en estos espacios? Si la respuesta es negativa, ¿Por qué?
7. ¿Existe algún miembro de la familia o externo que apoye a su hijo/a para que participe en estas actividades sociales? En cualquier caso, diga de qué manera.
8. En ambos o alguno de los ámbitos anteriores ¿conoce usted de una red de personas que le apoyan en su participación en las actividades que se realizan? En cualquier caso, diga de qué manera.
9. ¿Cómo sienten la relación de cercanía con su hija? ¿Por qué?
10. ¿Usted identifica cuando su hija se encuentra triste, alegre, aburrido(a) o cansado(a)? O algún otro estado diferente.
11. ¿Qué hace usted cuándo no logra comunicarse con su hija?



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

12. ¿Usted se siente satisfecho/a con la forma en la que se comunican?
13. ¿Considera usted que, entre los miembros de su familia, realizan un proceso atento de escucha?
14. ¿Considera usted que entre su familia tienen expresiones de afecto? ¿Cuáles?
¿Cómo lo dan a conocer?
15. ¿Comparten sentimientos? ¿Qué tipo de sentimientos o situaciones?
16. ¿Considera usted que disfrutan de pasar tiempo juntos? ¿Cuáles? ¿Por qué?
17. ¿Considera usted que entre su familia se discuten las ideas y sentimientos?
18. ¿Considera usted que entre su familia intentan comprender los sentimientos del otro? ¿De qué forma lo hacen?
19. ¿De qué forma resuelven las dificultades que se presentan en la familia?

Contexto de pandemia

1. ¿le(s) ha afectado el aislamiento preventivo, obligatorio e “inteligente”.



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Anexo 5. Formato de entrevista B

SEGUNDO ENCUENTRO: “ASPECTOS QUE FAVORECEN O RESTRINGEN LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA ENTRE UNA PERSONA CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO Y SU CUIDADORA”

La entrevista tendrá como objetivo la recolección de datos sobre la experiencia y el contexto de la participante para sacar las categorías iniciales, de esta manera, la perspectiva de análisis nos permite hacer una formulación de las preguntas de interés del primer encuentro, sin embargo, los énfasis y la cantidad de las demás entrevistas se determinará conforme avancen los encuentros.

Sobre la hija

1. ¿Qué aspecto puede resaltar de su hija y que aspectos cree que se deben trabajar?
2. ¿Cuáles son los valores y/o principio que reconoce en su hija y de qué forma ella los muestra? ¿de qué forma los identifica usted?
3. Cuando usted dice que su hija es una buena niña, ¿a qué se refiere?
4. Su hija se encuentra medicada, ¿considera usted que el uso de la medicación tiene consecuencias sobre las interacciones sociales, y comunicativas de ella hacia usted u otros?

5. ¿Cómo se dio el diagnóstico? ¿de qué forma se dio cuenta?
6. ¿qué cree usted que llevo a esta situación?
7. ¿su hija a qué servicios de salud ha accedido? ¿ha asistido a Fonoaudiología?
8. En el encuentro anterior, usted nos mencionaba que hacía uso de algunas estrategias de prevención, como: solicitar que no bloqueara la puerta con pasador, cuando se interna en su cuarto ¿de dónde conoce ese tipo de estrategias?
9. ¿usted ha recibido apoyo psicológico, de trabajo social, Fonoaudiológico o algún otro tipo de profesional? - si no lo ha hecho, considera importante hacerlo?
10. ¿Cuenta usted con alguna red de apoyo? Es decir, algún grupo que la apoye asesore y/o acompañe en el proceso.
11. ¿Cómo considera usted, la función del tratamiento farmacéutico? Con relación a su experiencia comunicativa con su hija y las actividades de la vida diaria de ella, es decir, con o sin medicación.
12. ¿En qué momentos considera usted, que no se comunica eficientemente? Es decir, que no logre el objetivo propuesto, por ejemplo, alentarla, consolarla, etc...
13. De acuerdo a las dificultades que usted nos mencionaba en el encuentro anterior, respecto a la comunicación, los intentos, y actitudes ¿las considera como leves, graves? ¿en qué nivel?

14. Respecto a su conformación familiar ¿los tíos son paternos o maternos? ¿por qué se llegó al termino de vivir con ellos? ¿cómo es la relación entre usted, su hija y el papá? ¿hay comunicación?
15. ¿Ha habido algún evento de carga emocional fuerte que haya generado un impacto en la vida de ella? ¿de qué tipo?
16. Durante las actividades que usted menciona con su hija ¿cómo son las características de esas interacciones? -Solo caminan, dialogan, hay silencios...
17. ¿Cómo han sido o cómo son generalmente las interacciones entre los miembros de la familia durante un evento familiar? ¿qué roles tiene cada uno de los participantes? -Navidad, cumpleaños-
18. Descríbanos como eran esos momentos donde ella no quería comer, o comía con ansiedad. ¿Usted que hacía o que le decía? ¿cómo se comunicaba con ella y que estrategias usaba en esos momentos?
19. De acuerdo a lo que usted mencionaba sobre el cambio de alimentación de su hija, ¿ella se lo refirió directamente? O ¿usted lo observó?
20. Durante la crisis de julio ¿Cómo fue su relación madre e hija, en comparación a la situación inicial del Dx?



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

21. Usted nos había comentado que ella salía a fiestas, reuniones y demás, ¿Cierto?
¿Otorgar esos permisos favorece la comunicación o en caso de no hacerlo, la dificulta?
22. ¿Qué estrategias cree usted que deba utilizar para fortalecer ese acercamiento con su hija y generar espacios como los que usted menciona? -estrategias comunicativas-



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Anexo 6. Transcripción Entrevista A.

Octubre 04 del 2020

Entrevista A

Participantes: Alejandro Muñoz, Yanidza Quintero y MEM

Inicio: 15:00 pm - Finalización: 16:00

Socialización y firma del consentimiento informado

A: Listo, entonces, antes de iniciar, ¿nos puede dar una autorización verbal que permite grabar en audio?

MEM: Muy buenas tardes, pues doy todo mi consentimiento para esta grabación que se está haciendo

A: ¿Nos puede dar su nombre? por favor.

MEM: Mi nombre es MEM

A: Entonces, la vez pasada por videollamada le estábamos comentando, un poco, respecto al consentimiento, que es el conocimiento que usted tiene del estudio que vamos a realizar, para que usted conozca las implicaciones, en que estaría, digamos, en



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

que estaríamos trabajando, en que forma lo vamos a hacer, y por supuesto si usted nos da su consentimiento para el manejo de datos y la información,

MEM: Sí, claro.

A: Entonces el trabajo, pues como ya le habíamos comentado. ¿Puedes? Me voy a poner las gafas.

Y: Se titula “aspectos que favorecen y/o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico depresivo y su cuidadora” en este caso, es usted. A través de este documento queremos invitarle a participar de manera voluntaria en este proyecto de investigación que busca conocer y descubrir los aspectos que favorecer y/o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico depresivo y su cuidadora, durante los meses de agosto y septiembre.

Para realizar este trabajo, se requiere de la realización en conjunto de una serie de reuniones para lograr la recolección de la información que usted tenga a bien suministrarnos, a través de entrevistas, cuya fecha y horario se fijaran de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, lo que hicimos para el día de hoy.

MEM: si claro.

Y: Su participación en este proyecto de investigación se dará a través de la asistencia a las reuniones, las respuestas que usted nos otorgue en las entrevistas y la autorización para las grabaciones, solamente en audio. Dicha participación, a usted no le genera ningún costo para acceder, y tampoco recibirá algún tipo de



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

remuneración por su participación voluntaria. Usted, tiene el derecho de retirarse en cualquier momento, si así lo decide. Y la decisión no traerá ningún tipo de consecuencias.

Frente a la resolución 8430 de 1993, el ministerio de salud y protección social que es el que regula lo concerniente a la ética y a los proceso de investigación en Colombia, le informamos que esta investigación tiene un riesgo potencial de confidencialidad mínimo, acorde a l registro de datos a través d ellos procedimientos como las grabaciones en audio, la entrevista, con preguntas guiadas sobre rutinas familiares, intereses propios y experiencias actuales sobre la comunicación, estos, son considerados como procedimientos de riesgo mínimo, en ese sentido se buscará mantener la protección de la identidad de los participantes, en este caso usted, al momento de recoger y presentar los resultados, de audio y otros proporcionados, por ejemplo, nuestros diarios de campo, que si bien, durante la reunión estaremos tomando notas. Así mismo, se reconoce la plena confidencialidad de sus datos personales, es decir que su nombre no...

A: No aparecerá...

Y: No aparecerá en los informes que nosotros realizaremos, en las grabaciones de audio y otros datos proporcionados. A estos datos, solo tendremos acceso nosotros los investigadores y la docente que es nuestra directora del proyecto durante el tiempo que dure la investigación, que es agosto - diciembre (2020).



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

A: Hasta ahí ¿tienes alguna pregunta?

MEM: No. Está clara la información.

Y: Es que siento que no me escucho y debo elevar un poco el volumen de la voz.

Tanto en la escritura del proyecto como en la presentación del informe, se le asignará un seudónimo, en caso de hallazgos o cambios dentro de la investigación usted será informada, y se reconocerá su derecho de saber los elementos que conciernen a la participación del proyecto. Esto va a ser, como una realimentación que vamos a hacer en cada una de las sesiones de acuerdo a lo que encontremos. Por ejemplo, lo que encontremos en esta sesión, vamos a hacer como un recuento en la siguiente durante los encuentros que tengamos. Cada entrevista puede durar entre 60 y 120 minutos, y usted tiene el derecho de suspenderla en cualquier momento, o negarse a dar respuesta a una pregunta y sin decir ninguna explicación al respecto.

La información resultado, de las reuniones y entrevistas, puede ser publicada, en revistas, libros académicos o de divulgación pública, pero en ningún momento el registro o las notas, y las grabaciones recogerán su información personal que puedan vincularla con sus comentarios o sus datos personales. Con la investigación, se espera conocer las dificultades o los apoyos en la comunicación familiar, con el fin de que estos resultados puedan servir para el beneficio de la comunidad de otros estudios de programas de salud y bienestar social. ¿Hasta aquí hay alguna pregunta?



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

MEM: No.

Ya: En caso de tener alguna duda sobre la participación, de que se requiera información adicional sobre esta, usted puede contactarse con el investigador Alejandro, con el número de teléfono que aparece aquí y conmigo, Yanidza, usted ya tiene mi contacto o con la docente Karina Arenas, este es el contacto de ella, o con el comité de ética de la Universidad del Valle en esta línea telefónica o a través de este correo electrónico. A usted se le hará entrega, de una copia del consentimiento una vez se haya socializado y firmado. Las siguientes son las circunstancias por las que se vería terminada su participación en este estudio. La primera es, si usted siente que en algún momento se le está vulnerando algún derecho. La segunda, es la terminación del proyecto de investigación propuesto que, ya, sería en diciembre. Bueno, diciembre para nosotros, realmente, con usted sería ...

A: Mucho antes. Tenemos, aproximadamente, pensado 3 o 4 reuniones.

Y: Una vez leído el consentimiento informado... Esta parte creo que la puede leer usted, de aquí, para abajo.

(Realiza lectura silenciosa)

MEM: ¿Aquí, en el.. Cali? (Señalando el espacio que hay para colocar la edad)

A – Y: su edad.

Y: Es para colocar su edad.

(mientras tanto escribe)



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Y: autorizo la grabación de las sesiones y encuentros con los investigadores - Sí.

(Continúa con lectura silente y escritura)

A: Este tapabocas... mucho

MEM: ... mucho, Sí.

A: Entonces, nosotros le hacemos llegar una copia por el correo.

MEM: por el correo?

A: y también, le hacemos llegar una en la próxima sesión. De igual manera, si usted tiene alguna duda, le surge algún inconveniente en cualquier momento nos puede estar comentan todo por el WhatsApp, o nos llama.

MEM: por el WhatsApp, algún inconveniente, como la vez pasada que...

A: exactamente.

Inicio de entrevista

Y: Entonces, ahora si vamos a proceder con las preguntas.

Nosotros tenemos como una guía de más o menos lo que vamos a tratar, pero uno sabe que generalmente los guiones no se cumplen. Y más cuando uno está en esto de pregunta y respuesta. Entonces, vamos a tener estas preguntas guía,



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

pero como le comentaba, podemos salirnos de este formato y realizar otras preguntas. Recuerde, que si usted no se siente cómoda respondiendo alguna pregunta, puede decir “no voy a responder” y la saltamos a la siguiente.

MEM: bueno. (A.1)

A: De igual manera vamos a estar tomando como datos...

Y: para complementar.

Por favor, puede contarnos sobre su conformación familiar, ¿con quiénes vive?

MEM: yo, vivo con la abuela de D, tienen 93 años. Y dos tíos. Un tío de 59 (años), una tía de 62 (años), una sobrina de 30 (años), mi hija tienen 17 años, y yo. (A.2)

Y: cuando usted menciona ‘ la abuela’ es porque es...

MEM: Es la abuela de mi hija por parte del papá, pero no vivimos juntos. (A.3)

Y: ¿a qué se dedica su hija en este momento?

MEM: es estudiante, está terminando grado 11. (A.4)

Y: y ¿qué tal le va en el colegio?

MEM: bien. Tuvo altibajos por lo de la misma enfermedad, pero está culminando bien.

Está controlada. (A.5)

Y: ¿cómo describiría usted a sus hija?



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

MEM: pues es una joven con tiempos extrovertida, pero muy poco. Mas bien, es introvertida. Le gusta permanecer como sola, en su cuarto, o donde esté, pero sola. No les gusta socializar. De pronto. Tiene dos amigas y pues a veces si comparte con ellas, tiempo. (A.6)

Y: y de pronto ¿otras cualidades que tenga ella?

MEM: en cuanto a cualidades, le gusta el teatro. Ya se inscribió a la Universidad del Valle para estudiar arte dramático, porque le gusta la parte artística y... Y en términos generales, es una buena niña. (A.7)

A: Okay ¿desde hace cuánto la diagnosticaron con depresión?

MEM: desde los 14 años. (A.8)

A: y usted nos puede contar un poco (sobre) ¿cómo fue esa situación? ¿cómo llegaron a que la diagnosticaran?

MEM: Al principio fue muy difícil, porque pues uno como madre, no acepta que eso sea una enfermedad. Pues uno siempre piensa, ‘no, es que estás estresada, estás nerviosa o tienen algún problema con la amiga, un amigo o entorno familiar’, uno se va por esas ramas. Pero, mi hija es bastante investigativa, le gusta mucho como informarse, y una vez me dijo: “mamá, lo que yo siento no es de un ratico, eso es casi que día a día. Incluso, para mi es como una enfermedad. Y yo, no me siento bien”. Y empezó a tener problemas en cuanto a la alimentación, a no querer comer, comía con ansiedad. Entonces, Sí me fui preocupando por esa área, por esa

parte. Fue cuando la llevé a la EPS y ahí ya, a psicología, terapia de psicología y ya hace como 2 años está, pues, en el hospital universitario psiquiátrico. (A.9)

Y: ¿cómo es su relación con ella?

MEM: yo la considero, bien. Pues, ella a veces me dice que yo no la comprendo. Trato al máximo de comprenderla. No es fácil. No es fácil, porque una persona con depresión, o que tienen tendencia a la depresión, uno a veces, no sabe cómo tratarla. Porque, si le hablas, bien. Y si no le hablas... o sea, si le hablas, malo. Y sino le hablas, también. Entonces, le toca a uno es buscar a uno como los espacios especiales, que uno vea como que, bueno, por aquí es el momento. Pero es bien complicado, como mamá es bien complicado. (A.10)

A: y usted cómo identifica esos espacios especiales?

MEM: pues es chévere, nos ponemos a conversar de la vida, de su proyecto de vida. Siempre le recalco mucho que a pesar de que esté así, con esa situación ella tienen que tener un proyecto de vida y mirar hacia un futuro, porque, yo lo que le digo es “usted me tienen a mí, su papá no le colabora en nada” entonces tienen que salir adelante, de alguna manera. (A.11)

Y: por ejemplo, en qué momento siente usted que es un buen momento para hablar con ella del proyecto de vida o de cualquier otra cosa?

MEM: ella busca el espacio. Cuando yo lo hago por mi iniciativa propia, casi no se da. Porque cuando yo le pregunto cosas y ella no quiere hablar, no. Ella, más

vale, Ella misma busca como el espacio “ve mamá, te comento que esto, que esto” (A.12)

A: y digamos, listo, esos son los momentos donde de pronto usted encuentra esos momentos especiales. Pero también llega hay momentos en los que usted dice: “este momento es bueno, o no.

MEM: Para no hablar. (A.13)

A: ¿Cómo los identifica?

MEM: porque está como mucho en el encierro. Se le nota como aburrida, triste, como que “Ay no me hablen en este momento”, “no, ahorita no quiero que alguien me hable, nada”. Porque a veces lo he intentado y sé. Entonces, yo como que he ido identificando esos momentos, que no, no quiere hablar, que hay que dejarla sola. (A.14)

A: Ud. me mencionaba que a ella le gusta el teatro las artes, ¿cierto? pero hace algunas actividades, digamos, de pronto tienen clases de teatro.

MEM: sí, ella está en clases de música, está estudiando en la académica musical de hace dos añitos, y le gusta. La parte musical le gusta mucho. (A.15)

A: ¿y otras actividades?

MEM: El deporte, le da mucha pereza hace el deporte. Quiere estar así (haciendo seña con dedo) bien boba, curvilínea como dicen, pero le da pereza, le da pereza. Entonces ya más vale se está cuidando en la alimentación. Pero ya no los... de

antes. Y se sabe que debe comerse su proteínas, su fruta, sus verduras, pero sin exagerar. Es que no me quería , era comer nada antes. (A.16)

Y: ¿usted cómo ve a su hija en estos momentos? ¿cómo la encuentra en este momento?

MEM: en este momento está controlada. Ella tuvo una crisis en julio? En julio tuvo una crisis muy brava, no sé si por la misma situación de la pandemia y que no venía si quiera a sus dos amiguitas especiales, le dio así la depresión brava. Y cuando la volví a llevar la EPS y otra vez al psiquiátrico , porque ella tenía control cada 6 meses, y ahí fue cuando le dijeron que hospital día y ya lleva dos meses, un mes y medio en hospital día. Y con los medicamentos en estos momentos está estable, está nivelada, como dice ella. (A.17)

A: cuando usted menciona a que ella está estable, a qué hace referencia?

MEM: tiene como centradas sus ideas, no se le ve depresiva ni eufórica, porque como el problema de ella es de bipolaridad, entonces, pero con tendencia más a la depresión. Por eso a ella se le agudizó más la depresión. Pero ya con la medicación, está estable. (A.18)

Y: como es una rutina de su hija? Un día normal.

MEM: a veces tiene clase a las 6.30, entonces se levanta, como son clases virtuales, pues ella ya no tienen la rutina de bañarse, ni... sino que, cepillarse y medio peinarse y sentarse ahí al computador. Ho ya en la clase desayuno.. Le dan el espacio entre clase y clase, ya ella misma se repara su desayuno, porque yo ya me voy a trabajar , y ya sigue



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

ahí con sus clases. A las 10 de la mañana entra a la terapia del psiquiátrico, como es que se llama eso? Sí, también en terapia. Y a la 1 también tienen terapia ocupacional. Tienen dos momentos, dos espacios en hospital día en psiquiatría. (A.19)

A: ¿por medio virtual?

MEM: sí por medio virtual. (A.20)

Y: ¿y esas actividades que tienen con terapia, interrumpen el horario del colegio o.....?

MEM: cuando estuvo en la crisis, le dieron dos incapacidades de dos semanas cada una, entonces, cuando eran muy necesario que tendría que estar en la clase, sino , ya tenía su incapacidad y muchos trabajos. Pero si asistió mucho a las terapias del psiquiátrico. Ya en esta, como está más controlada, más estable, no le dieron incapacidad, pero cuando no tiene clase entra a las terapias.....pero como ya está culminando 11, está más en las clases. (A.21)

A: ¿y en la tarde?

MEM: en la tarde no se ocupa mucho y yo le digo, “tienen muchas actividades porque no....” o a veces le pone a práctica piano, porque también toca piano, pero no ocupa mucho como la tarde. Con tareas. (A.22)

Y: en ese espacio de la mañana, cuando ella se levanta y usted se va a trabajar, ¿establecen algún tipo de comunicación?

MEM: no porque, bueno, apenas nos saludamos y le deseo que le vaya bien en su día, que yo me voy antecito, faltando 20 para las 8 y Si se ha levantado que ha tenido clases



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

a las 6:30 , si nos saludamos y le pregunto por su vida y por lo que va a hacer en el día. (A.23)

Y: ¿y cómo responde ella a esas horas de la mañana?

MEM: aperezada. (A.24)

Y: pero... es....

MEM: si, si , si, cumple con todos sus deberes, sus tareas, sus trabajo.... (A.25)

Y: cuales son las actividades favoritas? Ya hablamos de que le gusta hacer algunas cosas, pero ¿Cuáles son las que más le gustan? Las favoritas..

MEM: las favoritas,... pintar le gusta, pero no así como, a sí de estudiar algo de pintura, no. Le gusta como un hobbie. Le gusta mucho jugar los SIMS. Ahora está compartiendo mucho con la prima mayor, que tienen mayor, la que tienen 30, porque están en los preparativos de la boda y ella le va a tocar en el piano, están interactuando mucho en este tiempito con la prima. Le gusta conversar mucho con las dos amiguitas que tiene. (A.26)

Y: y por cual medio conversa con ellas,

MEM: virtual, también, o a veces la dejan venir ahí. Llegan a la casa, están aghí un rato, conversan o salen a comerse un heladito. (A.27)

Y: pero virtual, es por ejemplo, WhatsApp, chat...

MEM: videollamada. (A.28)



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Y: y cuando la dejan ir a su casa, ¿ qué hacen?

MEM: HUH ay otro hobbie de ella es maquillar y maquillarse, eso coge a las amigas y las.... incluso, ya me dijo, mamá: “cómpreme, porque yo, ya...” como saben que ella maquilla bonito y todo, y ahorita para las fotos de grado, ya me ha dicho más de una y me van a pagar. Entonces, a ella le gusta así maquillar y todo eso. Esa parte artística a ella le gusta mucho, y ya. A ella también le gusta como explorar el maquillaje. (A.29)

A: usted siente que hay dificultades o aspectos que permitan que ustedes tengan una comunicación mucho más fácil o difícil?

MEM: si hay dificultades, por lo que yo te digo, a veces no sé cómo abordar algunos temas con ella, no sé. Por lo que, ella misma es introvertida. Yo digo que ella tiene cosas guardadas en su corazón y que no le cuenta a nadie..... a sus amiga. Pero sí, siento que faltaría una mejor comunicación, un mejor acercamiento, pero como que no encuentro la manera de esos espacios. (A.30)

Y: por ejemplo, qué temas?

MEM: por ejemplo, a ver! Yo soy creyente cristiana, y ella también. Nosotros asistimos a una iglesia cristiana, pero como ella es muy joven, no entiende muchas cosas de Dios, entonces, a veces chocamos, o ella tiene mucho a ser feminista , el sigue muchos movimientos feministas, y pues yo comparto muchas cosas, porque sé que ellas han hecho muchas cosas buenas, pero otras no. Entonces, a veces chocamos, y a veces cosas así no me comenta, o sube cosas de perfil y cosas al estado que a mí no

me agradan, entonces yo le digo: “mire D, eso no me parece”, a veces me contesta mal, “ese es mi gusto ese es mi estilo, déjelo ahí” entonces, a veces chocamos. (A.31)

Y: bueno y después de que han tenido ese rose, esa mini discusión, ¿qué pasa después de eso? ¿duran tiempo sin hablarse?.....

MEM: digamos que al rato..... yo me siento tranquila, y pues yo la dejo, y al rato ella va sí, y me dice “ ay mamá, de pronto si tenéis razón, no debo subir esa foto” por decir algo, una mujer semidesnuda, no ella, sino cualquiera. “tenés razón” sí, no hay necesidad de eso, Ud. tienen su punto de vista, pero no hay necesidad de estar con las mismas fotos mostrando las cosas, Entonces ella como que reacciona y... (A.32)

Y: hay algún otro tema que sea como muy tenso?

MEM: tenso, tenso.... (A.33)

Y: difícil de tratar...

MEM: no pues por ahora, no. Pues por lo menos problemas de niños todavía no, no he tenido. (A.34)

A: y que usted de pronto sienta que a través del diagnóstico haya cambiado?

MEM: sí, mira que ella tuvo una infancia super hermosa, ella para mí la infancia fue hermosa porque era muy extrovertida y alegre y cantaba y bailaba, mejor dicho, hasta los 10 años; yo no sé después de que ella a los 11 que ya empezó la menstruación ella tuvo un cambio tremendo, en su adolescencia ella fue, ella se fue encerrando, encerrando, como introvirtiéndose, y fue un cambio brusco hasta

para la misma familia y todavía la tía dice: ay y donde está la niña que era tan alegre que porque ella era, es como si hubiera perdido la alegría y no sabemos ni por qué, si uno analiza, piensa y todo y no sabe ni por qué, pero si, tiene sus ratos chévere y alegres y bonito, pero mucho tiempo como triste, como aburrida, como que nada me gusta. (A.35)

Y: y esa alegría de niña se manifestaba solamente como en reír, emm...

MEM: en todo, (A.36)

Y: en como en hacer muchas cosas

MEM: y en todo, en socializarse con la familia y todo y (A.37)

Y: en hablar,

MEM: en todo, (A.38)

Y: contar lo que, sentida,

MEM: sí (A.39)

Y: lo que no le gustaba

MEM: ajá (A.40)

Y: lo que quería

MEM: si, sí. Siempre el cambio fue brusco para la misma familia y para mi pues si también. (A.41)



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Y: y ella como toma ese tipo de comentarios, por ejemplo, el que mencionaba ahorita, el de la tía

MEM: Mal. (A.42)

Y: de dónde está la niña

MEM: mal, mal; porque ella dice la niña ya creció tía, ya no está la niña, la niña ya creció. Ósea, es que la quieren, pues también siento yo que la quieren seguir viendo como una niña y ya no es niña, ósea ya es una adolescente, una joven de 17 años y ella es muy racional, ósea ella es muy de investigar, de, ósea, ella nooooo, como dice el dicho, ella no se comen el cuento así porque si, si ella no, ella sabe mucho de la vida, así fue por, los medios, el colegio, los amigos, pues, ya no, ósea. (A.43)

A: usted nos decía que ella pasaba tiempo con las dos amiguitas, pero a nivel familiar cómo es la interacción entre ella y la familia, ¿con quién interactúa más, con quién?

MEM: emmm, ahorita pues interactúa más con la prima de 30 años, la primita, es que también todos somos adultos en la casa entonces ella misma me dice: mamá yo que hablo con mi tía, qué hablo con mi abuela de 93, con mi tía de 66 y con el tío que es un tío soltero, que, que es como, como que también comparte porque pues como no sé caso, sigue como si fuera un viejito joven, ajajaja (rie), entonces también comparte con él, pero, pero si ella dice que no, no es, es que, es que yo le digo ay, acérquese,

converse con ellos, pero mamá yo no tengo de qué hablar con ellos, ósea, que les digo, les cuento. (A.44)

A: y...

MEM: también por esa parte. (A.45)

A: ¿y qué actividades realiza usted con ella?

MEM: actividades como tal pues, por ejemplo, los domingos salimos, conversamos, comemos un heladito, así cositas así, o salir de compras por alguna cosa; sí, pero no es que, no es que tenga mucho tiempo libre, más que todo el domingo. (A.46)

Y: ¿hay algo que usted de pronto, como mamá, quiera que su hija realice, pero que hasta este momento no lo ha hecho; ¿o algo que usted considere que ella aún no lo ha hecho?

MEM: pues a nivel afectivo me gustaría que tuviera acercamiento con la familia, ósea, con la abuela, con la tía; pero no sé, mi hija dice que ese espacio como que ya se rompió, no sé qué paso, no sé si fue que, algún momento hicieron comentarios que ella no le gustaron, no sé, pero, ella dice que esa relación ya se rompió, ósea ella los saluda y tales y pa' allá pero no más, no hay en sí, una relación como tal no, no hay, ella si conmigo si, ella siente el vin... yo si siento el vínculo, o de pronto con la misma prima o con el tío, pero más que todo con la abuela, con la tía, no hay como una empatía, ósea no sé odian ni mucho menos pero el acercamiento es poco. (A.47)

A: ¿antes de la cuarentena ella participaba en actividades sociales como fiestas, reuniones?

MEM: si, yo he, sabiendo donde va y todo, yo le he otorgado permisos, y si, pues claro, el año pasado tuvo muchas reuniones de 15, fiestas, sí, yo no le he coartado a ella la libertad, en cuanto a salir, porque hablando con los mismos psicólogos dicen que ella necesita esos mismos espacios de no sentirse en el encierro o que uno los tiene como coartados y más si es de una persona que necesita como interactuar. (A.48)

A: ¿y cómo es esa interacción cuando salía a las reuniones sociales? ¿Usted de pronto sabe?

MEM: ah, pues los amigos dicen que bien; y ella misma, ella me tiene mucha confianza y a veces me dice, que, que también yo soy temerosa porque ella quisiera como experimentar las cosas y digo todo no se puede probar y por ejemplo, ella dice que, por ejemplo, en el colegio una vez le dieron dizque probar la droga, y ella dice yo, ósea, como un dulce o algo así, y ella me lo contó a mí mamá, imagínate, eso fue tan horrible que le dio una borrachera terrible dije yo, que nunca más voy a hacer eso, pero es que no necesitas experimentar para saber que eso es mal, ósea ese es el temor mío, que ella como que sienta como la necesidad de probar las cosas para saber si es bien o mal, no, uno ya sabe que eso está mal, las drogas son malas, destruyen. Otro, el año pasado también la deje ir a una reunión a una fiesta y que se emborracho, si ella, ella quiere saber es que se siente de las cosas y a mí me parece que eso no está bien, yo sé que eso no está bien. (A.49)

A: Y respecto a la parte comunicativa, ella eh, ¿la visitan sus amigos o en las reuniones sociales como interactúan?, en esos espacios de fiesta.

MEM: pues eh va, ¿ósea que qué hacen? (A.50)

A: si, como ¿qué hacen?, ¿cómo se comunican?, ¿cómo interactúan entre ellos?

MEM: ah pues, cuando están, antes de la pandemia, pues se iban a las fiestas, pues bailan, charlan en grupo si, lo normal de una, lo que hacen en una fiesta, bailar. (A.51)

Y: Por ejemplo

MEM: pero como ese día que también tomaron mucho trago y eran menores de edad, no sé de dónde sacaron esos tragos. (A.52)

Y: ¿en su casa se celebra algún tipo de reuniones?

MEM: si, en la casa se celebra el 24, el 31, los cumpleaños de la, de cada uno; pues sencillo, pero siempre se celebran. (A.53)

Y: ¿cómo es ella? Reaccionándolo un poco como con la relación

MEM: Pues en el momento. (A.54)

Y: que tiene con la tía, con la abuela

MEM: de las reuniones es bien, sino que está en, está el ratico específico y ya después, ya no se ve, está en el, pero si comparte, el ratico especial lo comparte. Por ejemplo, ayer hicieron un asado porque fue el matrimonio civil de la prima y estuvo muy contenta donde en, en la cumbre que fueron a celebrar allá, que fueron todos los primos y la, como no se puede tanta gente, los más allegados de gente joven, y

ya para el matrimonio cristiano entonces si ya va a ser la gente más adulta, pero ella también va a estar invitada porque va a tocarles el piano (ríe). Entonces si interactúa, sino que, ósea, yo digo que pues, a pesar de que ella tiene que valorar y querer su familia, eh, no encuentra como de que compartirles y que hablarles a ellos, yo digo, es lo que yo creo. (A.55)

A: ¿los amigos de ella saben la condición de salud que ella tiene, lo de depresión?

MEM: Algunos sí, no todos, pero los más cercanos sí. (A.56)

A: ¿y usted cómo ve que ellos responden como a esa situación?

MEM: siempre buscan como apoyarla, como, como darle ánimo, como que, sacarla de allí, cuando esa muy mal, van y la visitan, si van, la invitan por ahí a comer el heladito a dar la vuelta, son bien, son queridos con ella. (A.57)

Y: ¿qué tan frecuente son los comentarios sobre qué paso con la niña?

MEM: hmmm no, son esporádicos, y además como con lo de hospital día la trabajadora social ya hablo con cada uno de ellos en cuanto a la ayuda, a la comprensión del tema en sí, ellos, ellos ya como que se han concientizado de que debemos es apoyarla y no hacer comentarios hirientes porque por ejemplo el tío a pesar de que es querido es sarcástico y le hace comentarios hirientes por ejemplo: ay ya viene la amiguita gordita; y pues para ella no le gusta porque es su amiguita, gorda flaca lo que sea negrita, y la trabajadora social le ha dicho ella eso, tienen que aceptar sus amigos como son y no hacer esa clase de comentarios que ella no siente bien que le hagamos esos

comentarios. Creo que ha ayudado mucho lo de hospital día en esa parte de concientizar a la familia en cuanto al manejo de la misma enfermedad como tal, es importante. (A.58)

A: bastante.

Y: Bueno, usted ya nos comentó que hay unos momentos en los que idéntica que se puede hablar con ella y otros en los que no, pero nos gustaría saber ¿cómo usted se siente cuando no logra ese acercamiento?

MEM: pues yo me siento mal, porque, porque, porque en esos momentos en donde ella esta como con la depresión o como con la tristeza como que uno dice caramba es allí donde yo debo más estar y es donde ella menos quiere que yo este, porque yo quiero ser ese apoyo, esa ayuda o darle esa fuerza, esa fortaleza que ella necesita y ahí es como lo más duro de uno como mamá, como que se siente uno rechazado pero a la vez tiene que entender que ese es el problema, que, que hay que saberla apoyar en el momento donde sea indispensable hacerlo, pero no, no se siente uno bien. (A.59)

A: y en ese momento usted ha buscado como alguna estrategia para llegarle a ella

MEM: creo que la estrategia que yo he encontrado es: si me le acerco no le hablo, pero le doy un abracito, algo así y yo sé que ella como que se siente mejor, o le doy una aromática o tal cosa, pero que yo le hable de cosas, no, sé que no le gusta; porque ella misma dice, yo ya sé, yo ya sé que estoy así, y sé, pero no consiente en ella, eso no está en mí, es un problema de salud, ósea, ¡no es que ay! cámbieme el pensamiento que ya me mejoré, cambie de idea, no, no es eso, eso es físico, eso es una condición física,



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

el organismo no le, no le da, cuando está en esos momentos no le da para reaccionar como uno quisiera que lo hiciera. (A.60)

Y: ahí estábamos, nos mencionaba era algo como de contacto directo, si, de abrazarla o de acompañarla

MEM: acompañarla. (A.61)

Y: pero en algo como indirecto, es decir, que ella siga en su cuarto, pero usted está en el suyo, supongo algo, también hay otras formas de estar con ella.

MEM: Si, no con gritos ni regaños, sino por ejemplo yo le digo más vale con, como con cariño, como que D. por favor no le eche seguro a la puerta, porque son momentos donde uno tiene que estar muy alerta y eso ya uno lo sabe cómo mamá, no le eche seguro a la puerta, pero si hay momentos críticos en que uno se estresa como mamá también y, y, y como que pierde como el control a ratos, en esos instantes que ella tiene como la crisis y como que no lo deja a uno como ayudar a ratos uno pierde como el control porque se desespera por ejemplo un día ella le hecho seguro a la puerta y no quería abrir por nada del mundo y yo me asuste demasiado, porque es que los mismos psiquiatras dicen que ellos pueden asumir una conducta suicida, entonces es, es bastante tremenda esa situación. Y otra estrategia pues es orar, pedirle al señor que me fortalezca, que me dé como las palabras adecuadas para yo llegarle y que la guarde y la proteja, la oración también. (A.62)



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

A: usted nos había mencionado que la trabajadora hablo con los miembros de su familia, cierto, usted nos mencionó que había sido muy beneficioso, cierto,

MEM: sí. (A.63)

A: ¿Cómo es ese proceso de escucha por parte de ellos con su hija?

MEM: pues cuando ella les hace alguna sugerencia de algo, de cosas pues son atentos, han mejorado, pero también creo que, que, como ella, D. no tiene mucho acercamiento, ellos, más vale tratan como, como que no me meto allí, entonces te digo casi no hay mucha comunicación, pues en vez de ser un problema mejor como que no me meto, no le digo nada, así. (A.64)

Y: algún tipo de expresión de afecto entre ellos, si bien prefieren como mantenerse al margen, pero algún tipo de expresión de afecto

MEM: ah, sí. (A.65)

Y: hacia ella

MEM: si, si, (A.66)

Y: o de ella hacia ellos o hacia usted

MEM: si, si, si (A.67)

Y: ¿por ejemplo?

MEM: pues por ejemplo la abuelita siempre la, la saluda muy bien y, y ella, ella pues acepta el cariño y la tía pues es la que más empatía han tenido, pero, en estos tiempos

ha tenido acercamiento bien con el tío y la prima no, no han tenido problemas, ellos siempre han sido cercanos. (A.68)

A: ¿y comparten sentimientos, emociones?

MEM: eh, con la abuela y la tía no, con la prima y el tío si, son más de expresión de sentimientos. (A.69)

A: ¿expresivos en qué sentido? como que se sientan a hablar, se ríen, se abrazan...

MEM: sí. (A.70)

Y: o se hacen bromas

MEM: si, hacen bromas. (A.71)

Y: ¿qué hacen?

MEM: eso que tú dices, socializan, hablan, hacen chistes o hacen comentarios bien. Eh, con la mamita como te digo, con la mamita casi no interactúa mucho, pero ella si le ofrece, le da muestras de cariño y con la tía si es un poco más empatía. (A.72)

Y: por ejemplo, como son las muestras de cariño hacia la abuela

MEM: pues por ejemplo ella la saluda y mamita, le da el besito, y ella le hace sentar en las piernas y la acaricia y que esta bonita, cosas así. (A.73)

A: ¿entre ustedes se presenta como la discusión de ideas, sentimientos, inconformidades o cosas positivas?

MEM: si, pues, mamá hija si, no sé con los demás, pero sí. Como te decía antes hay, ha habido a veces controversias, pero, pero pues trato yo al máximo de que, de entenderla y pues yo también sé que uno paso momentos difíciles de la vida, pero, pero yo siempre le digo, yo no estoy de acuerdo en lo que usted está pensando o lo que quiera hacer, pero igual tiene mi apoyo. Ósea, que, porque va a hacer eso, eligió tal cuestión yo la vaya a desproteger como mamá no va a pasar, pero no, hay cosas que me cuestan trabajo aprobar, pues por la condición misma de la creencia de Dios. (A.74)

A: en ese mismo sentido de todo lo que hemos estado hablando, eh, usted siente o percibe que, en su núcleo familiar, si, o usted con su hija, pero más en general también, ¿se trata como de comprender los sentimientos del otro?

MEM: si, sí, pero, pero, como te digo, como no habido tanta socialización entre todos, entre unos más que otros; por ejemplo, ella dice que la parte, ósea, el hablar más de cosas más cercanas es conmigo, lo otro es como dice la niña, ósea es, ah pues en algunos momentos conversar y echar bromas o hacer comentarios, pero ya en cuestiones digamos que, de su estudio, de su proyecto de vida, de sus amistades, es más, más que todo es conmigo. (A.75)

Y: ¿qué tan expresiva es ella con el rostro, con el cuerpo?

MEM: No es muy expresiva. Hasta le costaba, le cuesta, a pesar de tener, mira, eso eso, eso es como difícil de entender, porque a pesar de que tiene la depresión ella no podía como, como esas emociones del llorar y del llorar ella no podía,

si a uno se le hacía extraño, más que todo se daba cuenta de la depresión era por su rostro más que por el llorar. (A.76)

Y: y que configuración

MEM: o por el estado de ánimo en sí, porque como cuando la persona tiene depresión todo su organismo se descompensa, es que ya no quieren comer, que, quieren estar acostados todo el día, que no se quieren bañar, que no sé quiere arreglar, más que por esos lados, más que por el llorar. (A.77)

Y: ¿qué veía usted en el rostro de ella, como le veía usted el rostro?

MEM: pues como, como te digo como la tristeza, como la amargura, como, como que yo no quiero estar en este lugar (A.78)

Y: ella alguna vez ha manifestado

MEM: sí. (A.79)

Y: ¿que no quiere estar ahí en la casa?

MEM: si ha manifestado. (A.80)

Y: ¿y como lo ha dicho, ósea con palabras?

MEM: Si, a mí, a mi si me lo ha dicho, pero yo le digo, ósea, vivir yo sola, ósea, mi salario no me da para yo vivir sola con todos los gastos ni nada, si yo me voy a vivir sola corro con el arriendo de un apartamento, cosas así pero entonces le descuido sus estudios, entonces yo le digo a ella pero, pero pues igual ella ahí no le veo que

la estén maltratado ni mucho menos, si yo viera que, si yo viera que hay maltrato pues obviamente ya hace rato no estaba allí, pero yo pienso más que todo que es por la aceptación de los amigos o que puedan ir a la casa o no, porque si hay veces ponen como dificultades o más que todo ahora, antes le ponían dificultades, ahora más con la cuarentena, que no los dejan ir, que no vayan, que no vayan, que no vayan; pero, pero entonces yo le digo a ella pues por ahora no se puede quedarnos solas. (A.81)

Y: ¿ella ha expresado de pronto rechazo directo hacia algún miembro de la familia?

MEM: rechazo como tal no, pero si lo que te digo, que ella tiene empatía, con, ósea, uno se da cuenta que hay empatía y ambas, la tía y ella no. Es como cuando dicen que el agua y el aceite, si, difícil; no sé dicen nada, pero uno sabe que no. (A.82)

A: ok, bueno, usted nos había mencionado al principio, como para ir ya cerrando, que la cuarentena pues también como que afecto un poco más la situación,

MEM: sí. (A.83)

A: ¿nos puede contar un poco sobre eso, de qué forma le afecto?

MEM: pues a mi hija, yo pienso que le hizo mucha falta el colegio, como, como el ir y socializar allá y de pronto estar con sus amistades, con sus compañeros de colegio o las rutinas que ella hacía allá, de pronto su educación física o las obras de teatro porque ella estaba participando en obras de teatro, entonces así le hizo mucha falta y cuando ya fue

la cuarentena dura, dura, dura que no podía ir absolutamente nadie, pues muy duro para ella asimilar esa situación. (A.84)

A: y cómo fue la, ósea, ¿cuáles fueron las estrategias para poder hacer como ese ajusta a esa nueva situación?

MEM: pues como yo ya he pasado por esas situaciones yo lo que hice fue ya medicamenté, ósea, acudir a la EPS y que la volvieran a valorar y examen y toda la cosa. (A.85)

Y: bueno, hemos tocado varios temas ¿no?, su relación con ella, la relación que tiene ella con su núcleo familiar, las expresiones y formas de afecto; pero también ciertos momentos como tensos y el cómo se solucionan esos momentos tensos; respecto a ello hay algo que de pronto también quisiera como contarnos o ya podríamos cerrar allí?

MEM: ¿en cuanto a qué? (A.86)

Y: en cuanto a lo que hemos venido hablando, sobre lo que hacen juntas, o lo que pues.

MEM: pues, yo, me gustaría es como tener un poco más de tiempo para compartir con ella o buscar mejores espacios y que ella sienta como mejor el apoyo porque yo, ella a veces me dice que yo le hablo, por ejemplo, a veces me hace sentir mal, no, pero ella dice ¡ay, mamá! usted si me habla es ya hizo las tareas, ya tal cosa, ya hizo eso, entonces quiero como buscar otros momentos que ella sienta mejor como el afecto mío, más que como estar centrada en que sus deberes, en sus deberes, en sus deberes, si creo que debo mejorar esa parte. (A.87)



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Y: momentos, es decir de, un momento en el día o como otra forma de hablar,

MEM: sí. (A.88)

Y: de compartir,

MEM: aja. (A.89)

Y: de preguntarle,

MEM: si me gustaría mejorar eso. (A.90)

Y: de querer saber.

MEM: yo a veces pienso que, digo yo, ay será que yo también necesito hasta una parte de psicología que me ayude, porque es lo que te comentaba, yo no sé cómo abordar ciertas cosas, ciertas situaciones o como buscar esos espacios, para yo poder tener más acercamiento a ella y que no sienta ella que es que yo la, solo por las tareas, que solo por las obligaciones, sino que, sienta que yo estoy más como mamá, mamá; eso es lo que debo mejorar. (A.91)

Y: pero usted nos habla de que no lo ha hecho, ¿pero lo ha pensado?

MEM: si, (A.92)

Y: es decir, que quiere preguntarle cómo se siente, o si podemos hacer x cosa, salir,

MEM: sí. (A.93)

Y: pero no lo ha dicho como tal



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

MEM: si, yo lo he intentado hacerlo, pero, pero ella no a veces no tiene como también como la disposición, a veces si y a veces no, por ejemplo, yo le digo a pues vámonos a caminar y damos una vueltica, por ejemplo, ahora le dije báñese y ahorita que venga ya vamos y damos la vueltica por allí, se come un heladito y me dijo que bueno, entonces sí, si estoy como buscando el espacio más de que ay vamos a hacer las tareas, vamos a tales no, hay que buscar más de amistad. (A.94)



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Anexo 7. Transcripción entrevista B

Octubre 25 del 2020

Entrevista B

Participantes: Alejandro Muñoz, Yanidza Quintero y MEM

Inicio: 15:03 pm - Finalización: 16:02 pm

TRANSCRIPCIÓN

A: Buenas tarde doña MEM ¿Cómo está?

MEM: muy bien gracias.

A: Bueno, igual que la última vez necesitamos su consentimiento de manera verbal para la grabación y dar inicio a la reunión del día de hoy ¿Bueno?

MEM: okay, sí. Soy MEM y doy el consentimiento para esta grabación.

A: vale, muchísimas gracias. Entonces, como habíamos quedado, este es el consentimiento informado, ¿ya? tal cual como se lo leímos, aquí está la firma. Es una copia del que trabajamos la vez pasada ¿Listo? Este queda bajo su poder, cualquier duda inquietud que usted tenga nos puede comunicar con nosotros por WhatsApp o por los teléfonos o en la parte de



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

aquí, aparecen también los correos y el teléfono de nuestra tutora, el teléfono de nosotros dos, o dado el caso el teléfono y el correo de...

Y: la universidad.

A: de la Universidad ¿ya? de un lugar específico para trabajar todo lo que tienen que ver con investigaciones y demás. Ahí puede llamar (para) cualquier cosa ¿vale? Entonces, esto, sería suyo.

Entonces, en la misma lógica que le habíamos comentado con anterioridad, le idea es ir haciendo preguntas ¿cierto? Entonces, la vez pasada, digamos, que hicimos un análisis de todo lo que usted nos había mencionado, hicimos una transcripción, la organizamos. Todavía estamos en ese proceso y partir de eso surgen otras preguntas ¿cierto? Entonces, el día de hoy es como a apuntar a esas preguntas, de pronto van a ser muy repetitivas, pero la idea es como ir como buscando el camino, ¿listo?

MEN: sí, está bien.

A: Entonces, recuerde que cualquier pregunta que de pronto no la haga sentir cómoda, no quiera contestarla ¿sí? o simplemente, quiere pasar de esa pregunta, usted nos puede decir “sí” y pasamos a las siguientes ¿vale?

Inicio de la entrevista



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Y: ¡listo! Entonces, aquí como mencionaba a Alejandro, vamos a retomar algunos aspectos de la entrevista pasada, con el fin, como de, profundizar un poquito más. Entonces, la primera pregunta que tenemos para hoy es ¿qué aspectos puede resaltar de su hija? Y ¿qué aspectos cree en los que ella debería trabajar?

MEM: aspectos como ¿qué área? En fin ¿todo? **(B.1)**

Y: general. O, sería que escoja algo.

MEM: bueno pues, rescato mucho que es una joven muy colaboradora, responsable con el estudio. A pesar, de sus altibajos, siempre ha sido muy responsable con el estudio y cumplidora del deber. También, e, ha mejorado un poco lo de la expresión de afecto, ha mejorado últimamente, y pues sigue en proceso esa parte, ¿no? de, del compartir más con la familia; y ahora con estas reuniones así sea de a poquitas personas, ya, se suelta un poquito más, ha mejorado un poco. **(B.2)**

Y: ¿cómo así que se suelta un poquito más?

MEM: en cuanto a dar el afecto, porque a ella no es de que le guste, por decir algo, que los besos que el abrazo, ella más vale es así como retraída, pero últimamente se ha integrado un poco más, a la familia. **(B.3)**

A: y a propósi...

MEM: Y a mí también como mamá, también se ha acercado, más. Creo que debe ser también por lo que está, mejorando como en el área emocional, ha mejorado. **(B.4)**

Y: por ejemplo, acciones específicas que den cuenta de que, de lo que usted percibe que ella está mejorando: por ejemplo ¿Qué hace ella hacia usted?

MEM: es más afectuosa y está contándome más sobre sus cosas porque antes no le gustaba compartir, se encerraba mucho más en ella misma, pero si está compartiendo más sus, sus intimidades por decirlo. **(B.5)**

Y: ¿afectuosa en qué aspecto? ¿Qué hace ella de afectivo?

MEM: pues de acercarse y darle un abracito a uno, o decirle que lo quiere, o que está agradecida con lo que uno le ha dado, o ha hecho por ella. Cosas así. **(B.6)**

A: eso es como lo que viene de ella hacia usted ¿cierto? y ¿usted hacia ella cómo siente que es la relación con ella?

MEM: ha mejorado también esa parte, porque hemos compartido un poquito más, a pesar de que yo ya, ahorita estoy trabajando ya, antes trabajaba en casa, ahora estoy trabajando fuera, pues eso ha servido porque ella como que ha... se ha dado más como en la familia, el colaborar en la casa, antes como yo estaba en la casa prácticamente hacia las cosas yo, entonces como yo estoy trabajado fuera, ella ya tiene más responsabilidades y las está cumpliendo. **(B.7)**

Y: ¿y qué tipo de trabajo realizaba usted en casa?

MEM: labores del hogar. **(B.8)**

Y: ¡ah! okay, trabajo doméstico.

MEM: si trabajo de casa. De ama de casa. La persona que nos cubría mucho los gatos se quedó sin empleo, que es el tío de la niña, entonces a mí ya me tocó buscar un empleo, pero gracias. A Dios me salió rápido, y ya estoy ayudando en la casa también y para los gastos de D, que demanda gastos y ahora que esta pronta a graduarse, sí. **(B.9)**

Y: nosotros... ¡Ah listo! Sí, saltemos de una vez ya que mencionamos... e... respecto a la conformación familiar, usted nos mencionaba que vive con la abuela, es decir la mamá del papá de D, y los dos tíos, tenemos la curiosidad ¿también, son por parte de...?

MEM: son por parte del papá. **(B.10)**

Y: ahh okay.

MEM: si es, la familia es por parte del papá, donde yo, donde vivimos, pero ella no tiene ningún vínculo con él porque él no la reconoció, como hija, no. Pues, porque él era un señor casado, entonces no quiso compromisos. **(B.11)**

Y: ¿y cómo llegaron a esa conformación de que usted viviera con la familia de él?

MEM: pues, ellos ya me conocían mucho, sabían pues que yo era una muchacha bien y sintieron más vale que él había aprovechado la situación, yo era muy jovencita, tenía como ... pues entre comillas, yo tenía 30, yo venía de un pueblo, entonces era como muy inexperta, como muy inocente, no sé, entonces al ver que él no quiso asumir ninguna responsabilidad pues ellos me brindaron ese apoyo. **(B.12)**

Y: todas las actividades... ella, para realizar las actividades tanto de la vida diaria, las domesticas, que es donde ella ha brindado también apoyo desde que usted está trabajando, en el colegio, ¿ella necesita algún tipo de asistencia suya o de alguien?

MEM: pues mientras yo estuve con ella, si, sí, yo le colaboré bastante, pero ella de todas maneras me decía que, que la dejara que ella ya, que ella, ya se sentía capaz que la dejara a ella cumplir con sus deberes, de pronto yo era un poquito intensa. Y pues ahora que ya me tocó como irme y soltarla pues si ha cumplido.... Ha cumplido con los compromisos. **(B.13)**

A: en ese momento ¿qué la llevaba a usted a querer ayudarla a ella?

MEM: de pronto un poco de sobre protección, o quería, siempre he querido que ella esté como entre las mejores, pero pues sin exigirle que sea la número uno, pero sin que no se queda por allá como entre las malitas... siempre me ha gustado, me gusta exigirle hasta donde yo creo que ella pueda, porque pues ella es inteligente. **(B.14)**

A: en ese sentido, usted dice que exigirle, que apoyarla, ¿cierto? pero usted veía algo que de pronto usted sentía que ella no podía? o ¿porque...? o sea, ¿Qué observaba usted que le hacía pensar que ella necesitaba ayuda?

MEM: pues en las áreas de los números, a ella ni le gus... ni le gustan ni ha sido su fuerte, entonces, pues en esa le he colaborado bastante, pero en el área investigativa, inglés, todas esas cosas, yo ni me meto en eso, a ella le va muy bien

en todo eso. Pero es en las áreas que yo veía que ella no, ni le gustaba o veía que tenía falencias en esas partes. **(B.15)**

Y: y en cuánto a lo afectivo, de pronto... ¿estamos hablando de la etapa en la que ella aún no tenía el diagnóstico o...?

MEM: ya lo tenía. **(B.16)**

Y: ya lo tenía.

MEM: y pues sí, a veces se tornaba un poco agresiva, -que no me molesten- que yo tan cansona, cosas así, pero... **(B.17)**

Y: ¿pero de forma verbal?

MEM: sí, de forma verbal. **(B.18)**

Y: ¿o física?

MEM: No, de forma verbal, pero luego ella, ella, como que analiza y dice - ¡ay mamá! discúlpame de pronto fui brusca o tal cosa-, ella tiende mucho a caer en cuenta y a disculparse. **(B.19)**

Y: mencionando esto de lo que, esa como conciencia que usted menciona que tienen ella y la razón por la cual ella pues se acerca a usted y le dice que se equivocó que fue brusca y le pide disculpas, ¿qué valores podría resaltar usted de su hija? teniendo en cuenta eso.

MEM: que no es resentida, o sea que no guarda como rencores, porque pues yo también cometo errores, como todas las personas, entonces, tal vez yo a veces muchas veces también de mi parte me equivoco, pero es fácil o sea la relación en cuanto al... en ambas, en cuanto al disculparnos y a no quedarnos como que ¡uy! una enemistad entre las dos, las dos tendemos arreglar como eso, las situaciones. **(B.20)**

Y: por ejemplo, ¿qué valores le identificaría a usted?, que alguien esté hablando de usted y diga MEM es así, así y así.

MEM: pues soy, me considero paciente, me gusta mucho el ayudar, el servir colaborar y eso. **(B.21)**

Y: y ahora podemos, o usted como mamá puede decir, D es así, así, así en cuanto a los valores ¿qué diría de ella?

MEM: que es responsable y es leal con los amigos y pues, aunque, no lo demuestre mucho, sé que quiere la familia. **(B.22)**

Y: muchas gracias.

A: y, ahora vamos también otro hipotético, y si por ejemplo alguien de afuera ve la relación de usted con su hija, ¿cómo la describirían?, o sea ¿qué valores tendría?

Y: alguien que no sea las personas con las que viven.

MEM: ¿familiares? .. O sea, como que ¿ellos, que piensan de nosotras? **(B.23)**

Y: ¿cómo percibirían? ¿cómo calificarían esa relación que hay entre usted y su hija?

MEM: pues, yo creo que bien, como todo, como te digo o sea con errores con aciertos, pero, pues bien. **(B.24)**

Y: okay. La cuatro.

A: aquí, la siguiente pregunta es, su hija se encuentra medicada, ¿cierto? ¿considera usted que la medicación afecta la forma en la que ella se comunica, la forma en.... o como ella se relaciona con usted y en los demás? o por ejemplo, hay medicamentos que son más fuertes otros que son más débiles...

MEM: si, bueno la medicación se la han dado, la que le da como sueño se la han dado en las noches, porque al principio se la daban en el día y si mantenía, así como somnolienta como aperezada como que -no quiero nada- pero cuando ya se la colocaron de noche, es más despierta y no ha habido como problema en ese aspecto. **(B.25)**

A: ella hace sus tareas de forma responsable o....

MEM: si, si le da pereza levantar digamos, en la mañana, pero si tiene la clase, igual se levanta **(B.26)**

A: usted nos puede comentar un poco sobre ¿cómo se dio el diagnóstico?

MEM: el diagnostico. Eso fue entre los 13 y 14 añitos que ella empezó. Los trastornos en el colegio fueron más al principio de ansiedad que de depresión, o sea, en cuanto a estar inquieta a molestar a las compañeritas, o a la amiguita la mantenía tocando, pero como duro, como brusca entonces ella misma me dijo, -mamá yo tiendo como a esto, y eso no es normal, y mis amigas me dicen que yo les pego como duro y yo no les quiero

hacer eso, yo siento para mi es como un afecto- o sea ella como interactuar con amigas pero está siendo muy brusca y al principio si fue así y luego si ya fue la parte de la depresión, en cuanto al, al... creo que influyo un poco, no sé porque, como la autoestima baja y ella es muy, muy insegura en cuanto a su aspecto físico, siendo bonita, porque yo la... no es la reina, pero es bonita, o sea, es normal es bonita y ella, no sé, su autoestima no es bueno ella se siente, ella es delgada y se siente gorda, quiere hacerse eso de los pómulos que, porque ella es cachetona, y yo le digo: ¡acéptate como eres! y la gente la ve y le dice que es bonita, por ejemplo ayer, ella fue la que entrego las argollas y tiro flores ¡y se vio muy bonita! y las personas todas le dijeron que, que niña tan hermosa que todo eso, y ella pues no sé porque tiene como la autoestima no muy bien, a pesar de eso. **(B.27)**

Y: hablando un poquito de, como de los primeros síntomas, especialmente el del desorden alimenticio que presento, ¿qué es lo que había preguntado sobre eso?... a ya... ¿ella le refería a usted las cosas? del que estaba comiendo con ansiedad que no quería comer ¿o era algo que usted observaba?

MEM: yo observé, y me preocupé por eso porque, porque estaba comiendo muy poco, y entonces yo, yo digo ella no sentirse, eso es su mente que ella se ve gorda y no es gorda... y verá, yo no sé si tengo alguna foto aquí mirá, de pronto ayer si se dejan a ver algunas fotico y ella se ve gorda y yo no sé de dónde ha sacado eso... eso es de la mente de ella, a ver si hay algún fotico aquí... me deja ser de pronto... aquí está, ella es la que, el camarógrafo es malito, se está dando las flores, pero no la muestra e la...

ahora ya salió la novia, pero era la de azulito por acá ... vea ella.... es que casi no la muestra así... mira... no la muestra mucho, pero ella yo no sé porque se ve gorda, ella dice que se siente gorda. ¿Se cayeron algunas moneditas? **(B.28)**

Y: si dos monedas y una llave.

MEM: si entonces yo digo que ella todavía no ha superado eso en su mente... y yo creo que todavía eso es como de valorar psicológicamente. **(B.29)**

A: cuando usted dice que ella comía con ansiedad ¿usted cómo notaba esa ansiedad que uste menciona?

MEM: la ansiedad no es de comer tanto, sino cosas que le gusta, por ejemplo, si usted si le da un bote de helado se lo come y no almuerza ... la invitas a comer una copa de helado... entonces ya son las 7 8 de la noche y ¿D no vas a cenar? -no, yo ya me comí ese helado- Y con eso ella dice que ya. O sea, come, pero se siente culpable de que comió mucho de lo que uno debía comer entonces deja de comer lo que si debe de ser... son como los desórdenes **(B.30)**

Y: y usted nos ha manifestado que se preocupaba, pero ¿qué más sentía usted? ¿cómo se sentía usted frente a esa situación?

MEM: pues a veces me sentí impotente porque, porque por más que yo le decía, uno como obliga a una persona a que coma, y como que entre más le dice uno más se vuelve más tercos, más como cerrados como que no, no y no, más vale

cuando ya le comenté al psicólogo al psiquiatra, ya hablaron con ella y ya mejoró. **(B.31)**

A: y a propósito de que el psicólogo y del psiquiatra digamos que había como una comunicación con ellos cierto eh... ¿qué le dijeron ellos en el momento del diagnóstico a usted? o sea...

MEM: más que todo que debemos ser muy colaboradores muy receptivos estar atentos al comportamiento, y no como regañarlos, hacerlos sentir culpables sino como que ellos se sientan con el apoyo en esa parte. **(B.32)**

A: ¿qué cree... ¿Que considera a usted que llevo a que su hija tuviera esa condición de salud?

MEM: pues yo todavía me lo pregunto, y no sé en qué momento esa situación se dio, porque como te digo ella tuvo una infancia muy bonita, y era extrovertida y bailaba y todavía me lo pregunto, o sea, ella entró a la adolescencia a la pubertad y ya las cosas de las niñas la menstruación y esos cambios bruscos, o sea, esos cambios normales de la mujer y ya, ahí, ella ya empezó a cambiar mucho. Entonces ya dice que es que uno no la vio, uno quiere verla que ya es grande, que ella ya creció y no es eso, sino que el cambio fue en todo, a nivel afectivo, a nivel de ser extrovertida, a la alegría, una tía que le dice ¿a dónde está la alegría de esta casa? ya usted, ya la extrañan que no es alegre **(B.33)**

A: voy a ahondar un poquito más aquí, y es que usted menciona los cambios que hay que no comprende ¿qué fue lo que pasó?, pero de pronto no sucedió algún acontecimiento en la vida de ella emocionalmente... como

MEM: no, no mira que... mmm yo si la llevé al médico porque sí me preocupaba, pero, y tuve mucho dialogo con ella, no ha habido violencia sexual, no ha habido nada de esas cosas que yo pensé que en algún momento le generaba trama y que ella no me haya querido contar. No sé, yo pienso que ella a veces recalca mucho en las citas con el psiquiatra como el sentido de pertenencia y, porque está ahí con la familia del papá, pero el papá no la acepto, no tiene el apellido del papá, y, pero esta con la familia del papa, es como esa arte que no le... sentido de pertenencia **(B.34)**

Y: ¿y eso solo ha salido en las entrevistas con psiquiatría o se los ha manifestado a usted por aparte?

MEM: yo he hablado con ella y ella dice que eso, pues cuando hemos hablado aparentemente dice que no le importa, pero cuando yo leo las historias clínicas sí manifiesta eso, que es como eso como un vacido como que está, pero no está o como que, a pesar de que esta ahí con la familia y que uno, y que uno de pronto si la quieren y toda la cosa, no sé por qué ella no lo percibe ase, en su interior ella no percibe que eso se a cómo, como sentirse allí realmente en familia. **(B.35)**



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

Y: retomando un poquito lo de las estrategias que usted nos mencionaba en el encuentro pasado, sobre que cuando ella estaba, decidía encerrarse usted le pedía que por favor no cerrara ... no le echara pestillo a la puerta eh, ¿esas estrategias de dónde salieron?

MEM: no... pues más vale del desespero mío. **(B.36)**

Y: ¿de dónde?

MEM: a mí me da mucho desespero, claro, ella en sus crisis y Echándole pasador a la puerta porque con tantas cosas de sucido y todas esas cosas entonces yo me azaraba le tocaba la puerta, o me ponía a llorar entonces esa parte es como en esa parte sí, como del desespero... **(B.37)**

Y: ¿y por parte del equipo profesional le han dicho le han mencionado...?

MEM: sí, ella, se habla mucho con ella, sabe que en sus crisis jamás debe echarle seguro a la puerta, en algún momento dado tiene pensamiento suicida debe recurrir a una persona o un adulto que este en la casa, no quedarse sola **(B.38)**

A: ¿a qué profesionales han accedido ustedes dos? ¿a qué tipo?

MEM: pues a psicología y psiquiatría **(B.39)**

Y: ¿y que la han tratado usted?

MEM: ¡a mí no me han tratado! No sí, ahora cuando hay charlas... Si, pero que yo diga, pero estoy tratada con psicología, no. **(B.40)**

A: ¿esas charlas que usted menciona con que profesional es son?

MEM: trabajadora social, con las mismas psicólogas. **(B.41)**

Y: ¿sobre qué temas?

MEM: más que todo sobre en ¿cómo nosotros debemos tratarlos a ellos? como debe ser ese comportamiento el ¿cómo debemos entender la parte de su enfermedad? no verlos como que ahh es que son cansones eso es de berrinche porque muchos, o sea el adulto cuando no entiende la parte de esa enfermedad piensa que eso es berrinche, eso se le quita con dos correazos. No eso es otra cosa, si a mí al principio me costó aceptarlo, y uno, se... para mí eso era así, yo decía eso es una pataleta, es un berrinche, ya pues uno ya va a las charlas y le explican el tema, pues si ahí hay algo más, eso no es normal. **(B.42)**

A: Ud. menciona que al principio es difícil comprenderlo, ¿ciento? ¿Ud. considera la labor de los profesionales importante para poder comprender u poco más la situación?

MEM: muy importante, muy importante, porque como te digo, sobre todo cuando uno está en... si yo viviera con mi hija sola, ya entendiendo el tema, a lo mejor yo creo que ella se sentía como con menos cohibida o con menos carga, ella dice que a veces se siente cargada por el entorno, por lo que no comprenden el tema, ahora en este nuevo ciclo, los llamaron a todos y les dijeron, antes no había sido así, la trabajadora social los llamó, la psicóloga y nos dijo como debíamos comportarnos como familia con ella, porque al principio era así igual, eso es un berrinche es una pataleta ... eso dele correa, no sé qué; yo

les explicaba, pero ellos no entendía, n el este momento si ya saben que es un problema de salud mental. **(B.43)**

Y: ¿y ese tipo de situaciones como de reproche que usted acaba de mencionar...?

MEM: eso le genera a ella sentimiento de culpa malestar, porque ella dice -mama yo no quiero ser así, pero no soy yo- o sea, eso se me sale de las manos -yo no quiero ser así-. Yo no quiero ser así, dice ella. **(B.44)**

Y: y de ella hacia usted?

MEM: No ella siente que yo ya le, o sea, ya como le comprendo más, m... no ha habido como mucho choque en esa parte. **(B.45)**

Y: Y de usted hacia ella?

MEM: Tampoco, no, desde que yo entendí que eso era una enfermedad mental y que había que tratarla como tal, no ha habido así ya contratiempo en esa parte. **(B.46)**

A: Bueno y hay un aspecto que es muy importante para los seres humanos y es cómo nos comunicamos, cierto?, usted siente que la comunicación se ha visto como un poco interrumpida o un poco más difícil a través de todo esto?

MEM: m... sí en parte, en parte porque, por ejemplo, ella dice en este momento que ella ya cumplió 17 ya pues ya como joven ya hay cosas que ella ya guardan y no quieren compartir, entonces yo ya tengo que aceptar eso, pues ella ya es como su intimidad yo ya no le puedo decir, no pues cuénteme y tal, pues no, yo ya tengo que respetarle esa parte. **(B.47)**

A: y respecto a la enfermedad?, o sea la enfermedad como tal ha hecho que haya más dificultad para comunicarse?

MEM: Pues en algunos momentos, cuando están en las crisis es difícil, pero ya cómo he aprendido, como a manejarle un poco ese tema, entonces si ha tendido un poco a mejorar esa parte. **(B.48)**

A: Nos podría como contar un poco una reflexión suya de esos momentos que han sido difíciles comunicarse y usted qué ha aprendido o que ha hecho?

MEM: Pues he aprendido a guardarme las cosas, que yo quisiera decirle cosas pero me las callo porque sé que en esos momentos yo no debo como meterme ahí a ella cuando tiene las crisis es mejor dejarla sola sin dejar de estar vigilante, no. Ni modo que se encierre pero si como que haga que se calme y ya luego si uno de pronto puede hablarle y si ella pues ya quiere compartir con uno pues más vale ya tiendo es cuando ella ya se mejora un poquito y está más estable ella lo busca a uno y le va comentando que fue lo que pasó, por qué se puso así, cosas así. **(B.49)**

Y: ¿Usted tiene alguna red de apoyo?, es decir, un círculo social - afectivo aparte del núcleo familiar? o que incluya algunos miembros del núcleo familiar con el que habita.

MEM: Si, o sea, los tíos que el otro tío que con su esposa, que ellos viven aparte, ellos son muy especiales y si sobre todo a mí, cuando yo también me siento así como que necesito como que me dé un consejo, tal cosa, yo acudo mucho a ellos. Ellos son muy

queridos y como ya son adultos y ya han tenido experiencias con sus hijos entonces si me ayudan mucho. **(B.50)**

Y: ¿Y fuera de ellos?

MEM: Pues, de pronto los padrinos de la niña también. **(B.51)**

Y: Pero todos están relacionados de una forma u otra con ella.

MEM: Si, si tienen alguna clase de vínculo, y luego si pues ya la gente profesional, o sea los que están manejándola a ella ya profesionalmente. **(B.52)**

A: Doña Usted nos comentaba ahora de que hay momentos donde usted entra como en una desesperación, cierto?, y toca la puerta todo ese tipo de cosas, para esos momentos donde ella está en crisis y usted de pronto no sabe muy bien cómo llevar las cosas, hay unas personas o un grupo de personas o alguien a quien usted pueda recurrir en ese momento que le pueda servir de apoyo?

MEM: Ummm, no. No la hay. No la hay porque, no sé, diría que pues uno de verdad a veces se siente que hubiera sido, pues, sería bueno tener esa red de apoyo, sería bueno. Porque por ejemplo la parte que maneja la psiquiatría y lo psicológico, toda esa parte que la maneja ella pues yo no tengo sino cuando ellos llaman, el contacto, pero que yo diga, Ay! yo tengo un contacto, un teléfono o algo donde yo pueda llamar y que Ay! que tal cosa me puedan decir algo en ese momento, pues no lo tengo y si sería bueno tener algo así, esa red de apoyo sería bueno. **(B.53)**

A: Perfecto.

Y: ¿Usted cómo considera la función del tratamiento farmacéutico?

MEM: Pues ha sido de bien, ha sido bueno, si, o sea, ella empezó sólo con un medicamento de 25 mg, y se mantuvo estable bien hasta esta cuarentena, ahí hubo una crisis brava como en julio-junio, junio y julio que yo la volví al proceso que todo eso que tuvo allá en el hospital al día y ya más control, pues un poco la dosis y le agregaron otro medicamento pero en este momento está estable, estamos bien. Y ya la psiquiatra ya está evaluando pues como ya dejarla normal, o sea que ella tenga los controles cada mes, cada dos meses, si en el hospital miran y ya la ven estable la ven bien. **(B.54)**

A: Ok, esa crisis que usted menciona julio, cómo fue la relación de ustedes dos? Durante ese tiempo de crisis.

MEM: Pues es un poco cómo que uno choca, porque ella está irascible y yo desesperada, entonces es difícil de manejar esa situación allí, porque yo tiendo mucho como a desesperarme, cómo que pierdo un poco el control. **(B.55)**

A: Y a propósito de ese momento digamos que usted cómo madre entra en desesperación y lógicamente usted nos mencionaba que quería como apoyarla, entonces digamos usted en medio de esa situación cómo hacía para poder comunicarle a ella ese sentimiento de apoyo?

MEM: Pues a puro grito, no, si, a puro grito le tocaba a uno por la ventana, “vea, abra la puerta, usted no está sola”, tal cosa, o “si quiere la llevo al médico, pero no vaya a hacer cosas raras, piense en la familia, piense en Dios”, cosas así. **(B.56)**

Y: Y ... solamente ha estado en esa situación o alguien más de la familia?

MEM: Mmm no pues yo más que todo, pues ellos están allí pero también aunque se asaran y todo pero pues ellos tratan de no meterse mucho. **(B.57)**

A: ¿Y cuál es la respuesta de ella cuando usted le menciona todo lo que usted nos dice?

MEM: No, sí que ella se encierra un rato y pues yo le digo que ella reflexiona y ya como que se calma y ya abre la puerta y ya “ ay yo no voy a hacer nada tonto, yo no voy a hacer nada malo” y yo pues entonces no le eche seguro a la puerta, o sea si se quiere estar ahí reflexionando pues hágalo pero no le eche seguro a la puerta, no hay necesidad. Entonces como que ya ha tomado conciencia de eso y ya no le volvió a echar seguro a la puerta. **(B.58)**

A: Listo.

Y: Cuando se presentaban esas situaciones en que cerraba la puerta y usted le estaba hablando por la ventana, tocándole la puerta, ¿en qué nivel de gravedad cataloga como esos acontecimientos?

MEM: Pues ella en algún momento me comentó que había tomado pastas, más de la cuenta, pero eso no le hizo nada, pero pues estuvo mal hecho, o sea si pensó o sea ella si ha pensado en algún momento quitarse la vida, entonces por eso es que yo me asaro y me asusto, ella sí ha pensado y en las terapias con psicología lo ha manifestado, en las crisis si ha pensado hacerse daño. Pero cuando ella dice, o sea, en ese rato que ella dice cómo yo no la dejo sola sino que se así sea por allá, o sea no la dejo cómo sola en

ese momento ella dice pues sí, o sea, ella como que reflexiona y me dice, no pues, ella a veces, no pues yo, el tío dice que a veces que no lo hace por mi o por la familia de pronto, o sea causarme ese dolor a mi, o tal cosa, ella ni siquiera piensa que es ella, es por no causarle dolor a la mamá o a la familia, pero si es duro. **(B.59)**

A: Le voy a hacer una pregunta. Entonces, cuando usted dice que le grita, es de grito o elevar un poco el tono de voz?, cualquiera de las dos está bien la verdad.

MEM: No, yo más que todo le grito para que me escuche, para que me escuche, no tanto así como que te regañé o algo así, grito para que me escuche, porque si está encerrada, ábrame la puerta o algo así. **(B.60)**

A: Claro, mmm, ayer fue el matrimonio, cierto?, usted nos comentaba. Cómo fue la relación de ella en ese momento, para ese evento?

MEM: Si estuvo bien, interactuó con la familia, con las primas, incluso que ella es penosa, la pusieron a tocar el piano, y pues al principio que le temblaban las manos, que pena, que no sé qué, pero pues ya se soltó ya le tocó, porque ella dice no es que yo toco a la familia no porque a mí me da pena, me bloqueo, pero sin embargo lo hizo, si, estuvo bien. **(B.61)**

A: En ese momento también usted fue con ella?

MEM: Si. **(B.62)**

A: ¿Cómo fue la relación entre ustedes dos en ese momento de amor, fuera de la casa?

MEM: Bien, si, se quiso tomar foticos, a ella, a mí, con el perro. Si, estuvo interactuada la situación. **(B.63)**

A: Bueno ya casi como para ir cerrando, usted nos mencionaba que usted le ha dado permiso a reuniones, a estarse con los amigos, cierto? Esos permisos usted los siente que favorecen o por el contrario dificultan la relación?

MEM: Para conmigo? **(B.64)**

A: Si

MEM: Favorecen, favorecen porque es que como ella se ha sentido como sobre protegida, entonces pues cuando le doy los permisos siento que soy flexible, que puede tener como más confianza en mí, entonces mejora la situación, mejora como la interacción. **(B.65)**

A: y en un caso dado que usted le niegue, ¿qué sucede?

MEM: A veces hace pataletas, pero acepta, acepta porque pues yo digo pues a todo no le puedo decir que sí, porque por ejemplo ella ahorita dice “ay yo el otro año voy a cumplir 18, entonces ya voy a salir y voy a hacer lo que yo quiera” porque como no la dejo ir, entonces yo le digo, no mamita, si usted está viviendo aquí en esta casa con la familia y conmigo, bajo la tutoría mía, entonces usted no puede hacer lo que usted quiera, entonces ya no voy a pedir permiso, yo no voy a pedir permiso, yo le voy a informar a donde va, entonces yo le dije, a bueno, usted me informa y yo decido a dónde va, y se



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

queda jum, es que usted cree que a los 18 años que ya hago lo que yo quiera, no, todavía no es, cuando tenga su independencia tal vez. **(B.66)**

A: Listo. Ustedes han accedido a servicios de fonoaudiología? alguna vez se los han mencionado?

MEM: Fonoaudiología... Si, pues no sé, creo que tiene que ver con el área, porque ella cuando tuvo como 6 añitos, ella la operaron de los adenoides, y de pronto la vio la fonoaudióloga. Algo así. **(B.67)**

A: Y ahora último con la depresión?

MEM: No **(B.68)**

A: Bueno ya por último, ¿Qué estrategias cree usted que deba utilizar para fortalecer el acercamiento con su hija?

MEM: Estrategias... Pues sin ser permisivo si tiene que ser uno flexible, en cuanto a pues que ella ya pueda salir con sus amigas, sus amigos, o compartir ya en espacios más que no sean tan familiares, que no sea con nosotros sino pues si que ya vaya a cine con un niño o una amiga o comerse un helado por allí, pues como que ya le toca a uno ser flexible y ya dejarla salir, creo que eso ha mejorado un poco la situación. **(B.69)**

A: Y respecto a las crisis, la enfermedad, qué estrategias cree usted que le ayudarían a favorecer una mejor relación entre ustedes dos?

MEM: Pues, siendo más comprensiva, y aceptando que si tiene un problema mental, y que en algún momento dado sus crisis llegan y que tienen que ser tratadas. Y que toda



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

la familia, pues, como ahora que están... debemos colaborar todos. No haciéndola sentir culpable, sino como decías tú, más vale una red de apoyo. **(B.70)**

A: ¿Considera usted que la comunicación es un elemento importante, para que la relación de ustedes dos se encuentre bien?

MEM: Si, claro. La comunicación es importante, porque si yo no sé cuáles son sus pensamientos, qué ideas tiene, qué proyectos, entonces es como que no se para dónde va su vida, entonces es importante saber. **(B.71)**

Y: ¿Usted considera importante comunicarle a ella cómo usted se siente?

MEM: A veces se lo he manifestado, pero también supongo que no manifiesto esa parte. No sé si esté equivocada, porque más vale tiendo a darle todo el apoyo, pero como que yo me callo también mis cosas, pero yo también a veces necesito como comprensión de alguna manera. **(B.72)**

Y: pero la pregunta es, si usted lo considera importante.

MEM: Si, si sería importante manifestarle, si. Por ejemplo, ahorita tengo un hermano muy enfermo, está en Bogotá y está muy grave y me ha dado la llorona, la desesperanza, y si he sentido apoyo de ella, me consuela, me hace sentir el apoyo. Entonces si es importante manifestar esas cosas. No, yo estoy triste, claro. Mi hermano está muy enfermo, tal cosa. Es bueno la comunicación y manifestarle como uno se siente como mamá también es importante. **(B.73)**

A: Usted me mencionaba... nosotros hemos podido comprender que para usted es importante recibir el apoyo profesional ¿cierto? pero ¿usted considera importante para usted, tener ese acompañamiento de los profesionales en esta situación?

MEM: Si, si lo he pensado. En algún momento he pensado hasta cómo pedir cita a psicología, porque a veces me cargo mucho y entonces como que me lo quedo yo, no lo manifiesto, entonces como que me cargo. Entonces si sería bueno, yo creo que, a parte, como madre de una persona así, también sería bueno tener esa ayuda profesional. No lo he hecho, pero si lo he pensado, sobre todo cuando esas crisis son duras, como que uno a veces no sabe cómo actuar, sería muy bueno. **(B.74)**

Y: estas son como las preguntas que teníamos. Seguramente nos surgirán un poco más cuando estemos en el análisis. Si, pero también... y creo que de eso íbamos a hablar con usted un momentito ahora. Que esto no se trata solo de extraer y extraer y extraer información de usted, sino también como devolverle un poquito.

MEM: Si, por ejemplo lo que tú me estás manifestando es bien, el que ya como que de alguna manera manifieste eso que necesito, una red de apoyo, una colaboración. Pues uno a veces no piensa en uno mismo, sino que todo es el hijo, el hijo, el hijo, y uno también necesita esa parte, como ese apoyo. **(B.75)**

Y: Precisamente eso es algo que tenemos pensado para realizar el cierre, en la próxima sesión. Si realizar el cierre la próxima sesión. Que básicamente es como, recogiendo todo lo que hablamos desde el primer encuentro, eso y lo que lleguemos a hablar en el



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

próximo. ¿Por qué ? o ¿en qué sentido? pues porque con este trabajo que estamos haciendo queremos ver no sólo lo que sucede al interior de la dinámica entre usted y su hija, con el factor agregado del diagnóstico, sino también cómo nosotros a partir de identificar esos aspectos podemos actuar como fonoaudiólogos. Entonces que usted nos refiera ahora y que haya tenido un contacto desde antes, a pesar que fue solamente por algo más funcional, por lo de los adenoides, creo que era, pues ya ha tenido como un contacto y ahora este contexto es muy diferente, que no necesariamente, no está centrado en el apoyo a su hija; porque si bien ella tiene una red de apoyo y también debería contar con ayuda, o bueno, con un apoyo por parte de fonoaudiología, estamos trabajando con usted. Entonces recoger esa percepción de lo que usted considera como adecuado, no adecuado, importante o no importante en cuanto la comunicación, por eso la pregunta de Alejandro ahora, y usted consideraba que la comunicación era importante. Entonces en ese orden de ideas, pues si quisiéramos como planear algunas, no sé cómo decirle, algunas estrategias, de acuerdo a lo que usted ha ido trabajando. Yo creo que , no sé qué tan bien suene esto, pero el apoyo que ha sido usted para su hija ha sido muy pertinente, a pesar que no ha tenido como muchas herramientas con las que podría afrontar como cuidadora, y como lo mencionaba ahora, pues todo se centra en tratar a su hija, entonces eso es algo que queremos hacer para la próxima sesión. Y que no se quede solamente en necesitamos sus datos, su información y ya.

A: al igual esto es un espacio donde usted al igual nos puede hacer preguntas. Si nosotros tenemos preguntas, usted nos puede hacer preguntas a nosotros, sobre las preguntas que le hacemos.

Y: eso también nos ayuda a nosotros a cuestionarnos desde afuera.

MEM: por ejemplo, o sea, yo estaba pensando que, qué tiene que ver el área de la fonoaudiología con lo de la psiquiatría, en qué aspectos se relacionan, es por la comunicación o que. **(B.76)**

Y: La fonoaudiología tiene como todo lo que tiene que ver con la comunicación humana. Uno comunica de forma verbal, con las palabras, o no verbal, lo que tiene que ver con los gestos, los ademanes, por ejemplo, cuando usted nos habla y hace gestos eso ya nos está comunicando algo a nosotros, y a cualquier persona que entienda el código. Entonces, qué tiene que ver uno o hasta dónde puede llegar uno con la comunicación, hasta donde el otro lo permita, por así decirlo. Entonces qué hacemos nosotros como fonoaudiólogos? miramos centrándolo como en nuestro trabajo, es como que situaciones, que de lo que usted hace, de lo que usted quiere, le ayuda o facilita que usted pueda comunicarse con su hija, entonces por eso le hacemos mucho énfasis en qué hace usted, de donde saco eso.

A: la comunicación también sirve para mediar la relación que ustedes dos tienen. Entonces, por ejemplo, en la comunicación encontramos lo que tiene que ver con la sintonía afectiva, entonces cómo usted emocionalmente se conecta con su hija y como



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

está la capacidad de comunicarlo, de comprender las emociones y sentimientos del otro. Entonces, por ejemplo, cuando se infiere que una persona está triste, usted no le habla a la persona exactamente igual.

MEM: No, uno a veces no le habla, pero entonces le da un abracito, ya uno percibe. **(B.77)**

A: también, por ejemplo, cuando usted ajusta su discurso, su lenguaje, lo que usted quiere decir, dependiendo también de la ocasión. Todo eso, digamos, que va permitiendo que el fonoaudiólogo vaya haciendo un perfil comunicativo y vaya construyendo con las personas, como con usted, estrategias para poder llevar esa situación de la mejor manera posible. Digamos que, si bien no hay una receta que nos diga: si hacemos esto, nos va a dar esto; podemos tener herramientas que nos ayuden a llevar la situación un poco mejor. Entonces, en nuestra profesión consideramos la comunicación como un aspecto fundamental, y de ahí se derivan muchas más profesiones.

Y: por eso le hacíamos también mucho hincapié en cómo usted identificaba los momentos en los que podía o no hablar con ella. Las formas en las que usted, a pesar que no se acercara a ella, le hiciera saber o sentir a ella de que usted estaba ahí para ella. Eso no necesariamente tiene que ser con palabras, eso por un lado. Yo iba a decir otra cosa y se me olvidó.

A: digamos que hay aspectos en la relación, en la comunicación que permiten o favorecen una mejor interacción entre las dos. Y hay otros aspectos en la comunicación,

el hablar, digamos compartir, de manera verbal y no verbal, que también limita o digamos que dificulta la relación. Entonces la idea es poder también identificar esos aspectos y tomar como decisiones según el momento nos permita, pues más acertadas.

MEM: Muy clara la explicación. **(B.78)**

A: gracias.

Y: bueno, muchas gracias.

A: muchísimas gracias por su tiempo, por estar aquí con nosotros.

MEM: Gracias. **(B.79)**

A: A usted, que esté muy bien y cualquier cosa le estamos comentando. La reunión quedaría entonces para dentro de 15 días. Ese día sería la última entrevista, haríamos el cierre y empezamos a trabajar en toda la cuestión teórica del trabajo, y le estaríamos enviando (...)

Y: si bien ese día haríamos como una realimentación de acuerdo a estas dos sesiones que hemos tenido, pero más adelante socializaríamos con usted los resultados como tal.

A: La idea del trabajo, ya para cerrar, es que permitamos digamos, conocer cómo esos aspectos para que también, digamos los profesionales y los padres de familia y las familias puedan nutrirse de la experiencia.

MEM: Ojalá sirva para otras personas. **(B.80)**



Facultad de Salud - Escuela de Rehabilitación Humana- Programa de Fonoaudiología
Estudiantes: Muñoz Castaño Alejandro, Quintero Navia Yanidza
Tutora: Karina Alejandra Arenas Hernández
Título: “Aspectos que favorecen o restringen la interacción comunicativa entre una persona con diagnóstico de trastorno depresivo y su cuidadora”.

A: Muchas gracias.