



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

Especialidad de Psicología

**“Experiencia emocional de la paternidad ante la sintomatología
depresiva e intento suicida del hijo adolescente”**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención
en Psicología Clínica

Milagros Rocío Saldaña Tumbay

Asesora: Lupe Jara

2017



"[...] El hijo no es solamente mi obra, como un poema o un objeto. No es tampoco, mi propiedad. Ni las categorías del poder, ni las del saber describen mi relación con el hijo. La fecundidad del yo no es ni causa, ni dominación. No tengo mi hijo, soy mi hijo. La paternidad es una relación con un extraño que al mismo tiempo que es el otro es yo: una relación del yo consigo que, sin embargo, no es yo. En el existir mismo hay una multiplicidad y una trascendencia. Trascendencia en la que el yo no se transporta, porque el hijo no es yo; y sin embargo soy mi hijo. La fecundidad del yo es su trascendencia misma"

En *Totalidad e infinito*, Emmanuel Levinas

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Rosa y Felipe, por su amor, su confianza, su paciencia y su ejemplo de compañerismo y dedicación. Sin su sacrificio y su presencia, este proyecto no habría sido posible.

A mis hermanos, Anthony y Jimena, porque en los desaciertos seguimos siendo amigos.

A mis tías, Elena y Julia, por ser un apoyo incondicional para mí y mi familia.

A Lupe, que desde un inicio creyó que esta investigación representaba un gran aporte incluso cuando yo no lo creía. Por sus importantes aportes, su exigencia y constancia; por escucharme en los momentos difíciles y ser más que una asesora, una compañera.

A mis amigos de la especialidad, Maja, Paula, Josselyn, Jorge, Patty, Andrea, Augusto, Patsy y Meir, por el espacio de contención y afecto que compartimos.

A Raphael, por sus aportes sobre fenomenología, por su siempre buena disposición para mostrarme el mejor escenario cuando lo percibo adverso y, sobre todo, por el espacio en el que compartimos nuestras metas y sueños.

A Luciana, por ser la principal inspiración de esta investigación y el amor más grande de mi vida.

Finalmente, a los padres participantes, por haberme permitido ingresar a la intimidad de sus vivencias y compartir conmigo su valiosa experiencia de la paternidad.

RESUMEN

“Experiencia emocional de la paternidad ante la sintomatología depresiva e intento suicida del hijo adolescente”

La experiencia de convivir con un hijo o hija adolescente que presenta sintomatología depresiva y ha intentado suicidarse, trae consigo una vivencia emocional particular. El presente estudio tiene objetivo explorar dicha experiencia emocional en un grupo de cinco padres tomando en cuenta su subjetividad. Para ello, desde un enfoque cualitativo fenomenológico, se realizaron entrevistas semi-estructuradas y la aplicación de un test de frases incompletas a cinco padres cuyos hijos adolescentes acuden a consulta externa en un hospital psiquiátrico de Lima luego de haber sido dados de alta por el Servicio de Emergencia tras un primer intento suicida. Los resultados muestran que los participantes vivencian diversas emociones que giran en torno a la rabia, la impotencia, la tristeza, la culpa y el alivio alrededor de tres etapas: la aparición de los síntomas, la asistencia a un hospital psiquiátrico y la percepción de remisión de los síntomas. Se evidencia que aunque al inicio a los padres les cuesta involucrarse afectivamente con su menores hijos, estos son capaces de reanudar su vínculo a partir de una reorganización de su rol.

Palabras clave: experiencia emocional, paternidad, sintomatología depresiva, intento suicida, adolescencia.

ABSTRACT

“Fatherhood’s emotional experience in the face of adolescent children’ depressive symptomatology and suicide attempt”

The experience of living with a teenage son or daughter who presents depressive symptoms and has tried to commit suicide, brings with it a particular emotional experience. The present study aims to explore this emotional experience in a group of five parents taking into account their subjectivity. To do this, from a phenomenological qualitative approach, semi-structured interviews and the application of a test of incomplete sentences were carried out to parents whose adolescent children received ambulatory care after a first suicide attempt in an psychiatric hospital in Lima. The results show that participants experience various emotions that revolve around anger, impotence, sadness, guilt and relief around three stages: the onset of symptoms, attendance at a psychiatric hospital and the perception of remission of the symptoms. It is evident that although at the beginning the parents find it difficult to get involved affectively with their younger children, they are able to resume their bond after a reorganization of their role.

Keywords: emotional experience, fatherhood, depressive symptomatology, suicide attempt, adolescence

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Técnicas de recolección de la información	12
Procedimiento	14
Análisis de datos	15
Criterios de calidad de la investigación	16
Resultados y discusión	19
Conclusiones	37
Referencias bibliográficas	39
Apéndices	51
Apéndice A	52
Apéndice B	53
Apéndice C	55
Apéndice D	58

INTRODUCCIÓN

La paternidad es un proceso que se va construyendo a lo largo de una serie de situaciones, experiencias, expectativas y normas sociales (Figuroa, 2000; Fuller, 2000; Jiménez, 2001; Salguero & Frías, 2001). Dicho proceso inicia con la decisión de tener y hacerse cargo de un hijo (Olavarría, 2000) y se modifica en función a los cambios sociales y culturales (Fuller, 2001; Oiberman, 1998), por lo que no es un proceso homogéneo. En esta línea, la paternidad no es solo un logro biológico sino que su correcto o incorrecto desenvolvimiento tiene un impacto en las diversas áreas del desarrollo de sus descendientes (Amato, 1994; Biller, 1993; Gottfried, 2013), como favorecer u obstaculizar el desarrollo de habilidades como la independencia y el placer por explorar el mundo externo (Chodorow, 1989; Dienhart, 1998; Oiberman, 1998). La práctica y la valoración que el padre tenga de su rol variará, entre otros, de acuerdo con la edad, el sexo y el estado de salud del hijo (McBride, Schoppe, Ho & Rane, 2004; Palkovitz, 2002). Así, el impacto emocional de la paternidad ante una sintomatología depresiva e intento suicida de un hijo/hija adolescente es singular porque varía en función a la personalidad, al modo relacional con el hijo y a sus estilos de afrontamiento, dando lugar a una variedad de sentimientos, emociones, sensaciones e interpretaciones, lo cual constituye su experiencia emocional (Ángeles, 2003, Dedios, 2010).

De lo anterior se desprende que la paternidad lleva consigo emociones en relación con los hijos y a la condición de estos, ya que este proceso es uno de los hitos más importantes en el desarrollo de la adultez. En esta línea, la paternidad simboliza la culminación de la juventud, es decir, ser padre es percibido de forma individual y social como “ser hombre”, en el sentido de cumplir un rol responsable con su familia, lo cual implica cuidarla y proveerla (Olavarría, 2000; Parrini 1999).

En suma, desde una perspectiva sociocultural la paternidad está estrechamente vinculada con la identidad masculina (Bardinter, 2000), de manera tal que el rol paterno es relacionado con ser un “hombre fuerte”, que significa ser la imagen de autoridad ante los suyos, así como estar alejado de las labores domésticas del hogar (Fuller, 2000; Fuller, 2001; Lupton & Barclay, 1997; Salguero, 2006). Sin embargo, debido a los importantes cambios sociales y culturales como el ingreso de las mujeres a los campos laboral, político y

económico (Fuller, 1997; Oiberman, 1998) se viene gestando una resignificación en la identidad masculina y, por ende, en la paternidad. Al asumir un rol en el ámbito doméstico, la paternidad es resignificada, puesto que implica nuevas formas de cuidado de los hijos y de la parentalidad que actualmente se plantean como la existencia de “nuevas paternidades”, la cual contempla el rol que cumple el padre dentro y fuera de la casa, así como la relación tanto física como emocional con los descendientes (Carvalho & Pereira, 2009; Teixeira & Nascimento, 2014).

Varela (2000) denomina padre psicológico al sujeto que ha sido investido por el hijo, al que ama, educa, cuida y protege. El padre psicológico, antes de ser el padre biológico, adoptivo o sustituto, es la imagen del cuidador que el hijo tiene. En consonancia, la ausencia paterna o la idea del padre faltante no se refiere de forma exclusiva a la ausencia física del padre, sino fundamentalmente a la ausencia de su presencia emocional (Volnovich, 2000), de ahí que la disponibilidad emocional sea una de los aspectos centrales del estudio de la paternidad.

La experiencia de la paternidad implica una constitución subjetiva, la cual contempla de forma simultánea lo interno y lo externo, lo intrapsíquico y lo interactivo, ya que en ambos momentos se están produciendo significaciones y sentidos (González-Rey, 2002). Al hablar de subjetividad es necesario dejar de pensar en términos aislados y comenzar a comprender la vivencia en términos de relaciones. Así mismo, se refiere a entidades fijas, sino a procesos complejos (Elías, 1994 citado en González Rey, 2002) como lo es la paternidad. Para Volnovich (2000) la paternidad ejercida por un hombre está asociada con la cotidiana subjetividad en un proceso que no tiene punto de partida, y que carece de punto de llegada, es decir, no se sabe cuándo la persona empieza y termina de constituirse como padre.

Bajo esta concepción, la paternidad es un proceso continuo (Leff, 1995) en el que confluyen los deseos y las expectativas de los padres con las posibilidades psíquicas que tienen para desempeñar dicho rol. Pese a ello, la paternidad ha sido investigada de forma cuantitativa bajo el constructo de involucramiento paterno el cual se mide a través de indicadores cuantitativos como el número horas que pasa el padre con su hijo y qué actividades realiza con él (Day & Lam, 2004; Marsiglio, 1991). Sin embargo, estas investigaciones mostraron resultados poco consistentes al relacionar las variables del padre

con el desarrollo psicológico de los hijos (Cabrera, 1999 citado en Janto, 2015). Así mismo, dichas investigaciones no recogen la dimensión cualitativa de la paternidad; la cual plantea la necesidad de estudiar la subjetividad de los padres en sí misma (Cabrera, 1999).

Por otro lado, se ha reconocido que existen variables en los padres que podrían determinar o influenciar en cuán comprometidos e involucrados están con su paternidad, tales como la edad, el grado de instrucción y el estrato social (De Keijez, 2000).

En relación con la edad, no se trata de un aspecto cronológico, sino de la autopercepción del padre como una persona madura y en condiciones de lograr sus metas, que comparte su vida con una pareja estable y cuya familia y amigos son un soporte social (Fuller, 2001). Estas condiciones favorecen la asunción responsable y el disfrute de la experiencia de la paternidad; en cambio, como la condición de padre joven suele ser distinta, el individuo se encuentra frente a un dilema en el que el ciclo vital juega un rol importante en términos de su capacidad psíquica (Varela, 2000), ya que la paternidad se suele postergar para primero lograr independencia económica a partir del estudio y el trabajo, ya que de no ser así, el proyecto paterno podría no ser viable (Arazena & Cruzat, 2006). Respecto al grado de instrucción, Domecq (2010) encontró que los padres que contaban con estudios superiores completos puntuaban alto en nivel de compromiso paterno; además, Moore (2004) obtuvo evidencia de que los padres que culminaron la educación secundaria tienden a estar más comprometidos con el cuidado de sus hijos. Sobre el estrato social, diversas investigaciones (Compass, 2004; Friedman & Chase-Lansdale, 2002; Geenen & Corveleyen, 2014; United Nations International Children's Emergency, 1991) revelan que la pobreza incide de forma negativa en el desarrollo cognitivo y emocional tanto de los padres como de los hijos. Así, padres que no están en condiciones de cumplir el rol de proveer el sustento para la familia suelen experimentar sentimientos de frustración que luego se traslada a la relación que tienen con sus hijos (Marcos, 2010).

A su vez, variables como la edad y el estado de salud de los hijos pueden incidir en el nivel de compromiso e involucramiento paterno (McBride, Schoppe, Ho & Rane, 2004; Palkovitz, 2002). La edad del hijo se considera importante porque su tipo de demandas, y el tipo de respuesta del padre a estas varía en función de la etapa del desarrollo en la que se encuentre. Ejemplo de ello es que las crisis de identidad, sexualidad y autoridad propias de

adolescentes entre los 11 y 19 años de edad (Carvajal, 1999) conllevan a un cambio sustancial del rol que ejerce el padre sobre sus hijos y viceversa, planteando un escenario ambivalente entre el cuidado y la autoridad, por un lado, y la independencia y la protección, por el otro (Fuller, 2005).

En la relación padre-hijo, como en cualquier relación interpersonal, las influencias son mutuas, bidireccionales y recíprocas (Volnovich, 2000). El comportamiento paterno representa un importante modelo en la manera en que los hijos enfrentan la transición de la adolescencia hacia la vida adulta (Collins & Laursen, 2004). Así, los padres pueden dirigir el desarrollo de intereses, metas y valores de sus hijos comunicándoles sus expectativas y estableciendo normas (Nurmi, 2004) fomentando el reconocimiento de su autoridad. Por otro lado, el cumplimiento de las expectativas hacia los hijos produce en los padres sentimientos de satisfacción y alegría, generando así una mejor autopercepción de sí mismos (Ugarte, 2000). Los padres pueden intervenir en el modo en cómo sus hijos adolescentes abordan los distintos retos de su etapa evolutiva, ya sea actuando como modelos o suministrando orientaciones; en suma, son una figura de identificación (Flouri, 2008).

De la misma manera, los hijos también influyen en los padres (Janto, 2015). Por ejemplo, el éxito o fracaso de los adolescentes al enfrentar los retos propios de su edad inciden en las expectativas de los padres acerca del futuro de sus hijos; asimismo, las habilidades o insuficiencias demostradas por los adolescentes suscitan en los padres la práctica de determinados estilos educativos. Finalmente, su conducta puede constituir significativos niveles de estrés, influyendo en la forma de pensar, actuar y en el equilibrio emocional de los progenitores (Toro, 2010).

Pese a lo anterior, los adolescentes tienden a subestimar la influencia que sus padres ejercen sobre estos y viceversa; así, en sus esfuerzos por alcanzar mayor independencia, pueden evitar el contacto con sus padres precisamente en situación de estrés en lugar de acudir a su cuidado, como en su infancia (Gottfried, 2013). Estos cambios se sitúan en la progresiva “desidealización” de los padres que provoca en éstos últimos sentimientos de frustración e impotencia por no poder recuperar el vínculo (Fuller, 2005). Tanto el hijo como el padre se sitúan en un estado ambivalente entre el anhelo de autonomía por un lado y los deseos de protección y la autoridad con el cuidado, por el otro (Flouri, 2008; Fuller, 2005;

Laursen, Coy & Collins, 1998; Steinberg, 2001). En dicho contexto es frecuente que el padre se ubique entre dos extremos: o bien procura evitar problemas y dejar al hijo hacer cuanto desee, o bien adopta ante él una postura de extrema exigencia, lo cual de forma inmediata crea en el hijo adolescente un profundo resentimiento y recelo hacia este (Steinberg, 1999, 2001).

Sin embargo, la percepción de la confianza de su padre por parte del adolescente, es decir, el reconocimiento del grado y de la calidad del vínculo padre-hijo, es un potente predictor de adaptación escolar, estrategias de afrontamiento adecuadas, habilidades socioemocionales e interacción positiva con sus coetáneos (Naruyste, Anderhed, Neiderhiser y Lichtenstein, 2007; Rodrigo, Máiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez, Martín; 2004). Cuando por el contrario, los padres no se involucran en la vida familiar y en la educación de sus hijos, estos suelen tener dificultades generales y tienden a desarrollar conductas hiperactivas o a ser propensos a síntomas emocionales (Bernanrd, 2000; Flouri, 2008) como la depresión que es el cuadro psiquiátrico con mayor riesgo suicida (Instituto Nacional de Salud Mental, 2002)

Al tratarse de una alteración del estado de ánimo, la depresión se caracteriza por un cambio en el humor habitual del paciente (Shaffer & Waslick, 2003). Este humor habitual será reemplazado por un estado de predominante tristeza, desinterés y displacer, en compañía de otros síntomas que pueden ser diversos (Asociación Americana de Psicología, 2005). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008) informa que actualmente la depresión es el trastorno que produce el mayor número de discapacidades y es la causa más común en caso de suicidios. Para los padres, el vivir con un hijo que presenta alguna “discapacidad”, representa una situación conflictiva, estresante y difícil de afrontar, lo cual genera temor, impotencia, incertidumbre como hombres y como padres (Ortega et al., 2005).

Otros autores como Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010) y Shaffer y Waslick (2003) mencionan que no hay una única causa para la depresión y que existen diversos modelos teóricos que intentan explicarla; sin embargo, actualmente se recusa el término “causa” y se alude más bien a “factores de riesgo” (Paz & Bermúdez, 2006). Ante la sintomatología depresiva de los hijos, los padres elaboran diferentes formas de explicarse las razones por las cuales estos presentan determinados comportamientos y se cuestionan acerca

de la responsabilidad personal y la expectativa frustrada de tener un hijo en esa condición (Ortega et al, 2005).

Por otro lado, Freeman y Reinecke (1995) afirman que el suicidio no tendría que ver con una hostilidad introyectada o agresión hacia el medio, sino con una predisposición negativa hacia sí mismo y a sus predicciones futuras. En la misma línea, estos autores señalan que el intento suicida se da como consecuencia de sentimientos de desesperanza, así como de la idea de que las dificultades vivenciadas son inaguantables; de manera que terminar con la propia vida se concibe como la solución al dolor psíquico.

Se ha encontrado la intervención de factores biológicos (p.e. genéticos, bioquímicos y anatómicos) y factores psicológicos (en relación a la personalidad, temperamento, eventos de vida estresantes, etcétera) en la aparición del trastorno depresivo (Del Barrio, 2005; Paz & Bermúdez, 2006; Shaffer & Waslick, 2003; Vallejo & Gastó, 2000; Vásquez-Barquero, 2008). En muchos casos los episodios depresivos son desencadenados por la presencia de un acontecimiento en la vida del niño o adolescente que es percibido como pérdida o como un evento de vida estresante; por ejemplo, la separación de los padres o la muerte de algún familiar cercano (Vásquez, Hervás, Hernangómez & Romero, 2010).

Pardo (2004) y Kraaij, Garnefski, Wilde y Dijkstra (2003) señalan que entre los eventos estresantes comunes en la adolescencia se encuentran las dificultades de adaptación escolar, hostigamiento escolar (bullying), dificultades con sus compañeros, la instalación en su nuevo rol sexual, las dificultades en la búsqueda de independencia de los padres, complicaciones en la aceptación de los cambios corporales y las dudas en la elección de la profesión. Sumado a ello, las relaciones negativas con los padres pueden verse agudizadas en el periodo de la adolescencia al punto de constituirse un clima familiar estresante (Carvajal, 1999).

Como se mencionó anteriormente, el estado de salud del hijo es un factor que incide en el ejercicio de la paternidad, ya que afecta la forma en que los padres brindan cuidado, afecto y atención a sus hijos (McBride, Schoppe, Ho & Rane, 2004; Palkovitz, 2002). Cuando se tiene un hijo con alguna discapacidad o enfermedad, las expectativas de la paternidad cambian y pasan por un proceso de adaptación que puede ser difícil, ya que implica la

asunción de un proceso no contemplado, así como la pérdida de expectativas del hijo al no ser lo esperado (Ortega, Torres, Garrido & Reyes, 2012).

Según Dallal y Castillo (2000) y Cornwell (2003) cuando se diagnostica un trastorno depresivo contribuyen a la evaluación y su tratamiento variables como la capacidad de la familia para ofrecer apoyo, las relaciones con el grupo de pares y la existencia de otros recursos en la red social, ya que la familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, de modo que en esta se encuentran los modelos a seguir (Dulanto, 2000). Además, Vásquez, Hernangómez, Hervás & Nieto (2006) afirman que el 75% de los pacientes adolescentes que presentan sintomatología depresiva tendrá al menos un segundo episodio a lo largo de su vida; es por ello que es importante brindar a su entorno más cercano las herramientas adecuadas para intervenir en el cuadro del menor, así como conocer cuál es la concepción que tienen los padres sobre sus hijos; ya que todo esto permite predecir la intervención de éstos sobre sus hijos y, por ende, el pronóstico del curso de la enfermedad (Hovey, 2003).

Al respecto, para que se pueda brindar al adolescente un lugar de soporte adecuado es importante que a los padres se les proporcione la información, la guía y el respaldo adecuados para el manejo de una situación como convivir con un hijo que presenta sintomatología depresiva y ha intentado suicidarse (Di Gesu, Leunda, Portugheis & Sosa, 1998; Fernández & Muñoz, 1999; Ingalls, 2001; Méndez, Olivares & Ros; 2001). Este espacio permitiría dar lugar a cambios en la dinámica familiar a partir de la modificación de los roles, así como aliviar el convivir con las tensiones que generan los síntomas y el curso de la enfermedad, evitando crear un ambiente estresante y hostil que puede afectar negativamente la evolución de la enfermedad del paciente (Aznar, 2005; Guardia, 2010).

En esta convivencia particular, el padre se ve enfrentado diariamente a que su hijo presente una condición de riesgo que podría significar su deterioro definitivo o muerte, causando así un mayor impacto en su interacción con este; así como en sus formas de cuidado, ya que por su condición demanda más tiempo y afecto de parte del padre, el cual es capaz de descuidar su propia salud; así, el padecimiento de una enfermedad grave o crónica -como lo es un trastorno mental en el hijo- puede causar una considerable conmoción

psicológica y emocional no solo en quien la padece, sino también en el padre y/o cuidador primario (Hovey, 2003; Quispe, 2014).

Dicha conmoción psicológica es expresada a través de las emociones que, según Reeve (2003), representan un fenómeno multidimensional conformado por: (i) aspectos subjetivos, que se refiere a los estados afectivos con significado y significante personal que se generan a partir de una situación específica; (ii) biológicos, que se manifiesta con respuestas físicas provocadas por el arousal y que incita al individuo a adaptarse; (iii) propositivos, que se refiere al propósito adaptativo de la emoción y a las conductas que le sugieren para conseguirla; y (iv) los aspectos sociales que se encuentran asociados con la expresión de la emoción en el ámbito social.

Por otro lado, Ángeles (2003) afirma que la vivencia de la emoción solo puede ser narrada por quien la ha experimentado, ya que pertenece al campo de la subjetividad de cada individuo que incluye resultados conductuales, cognitivos y afectivos. Por ello, la experiencia emocional incluye la percepción personal del objeto o situación a partir del cual se realiza el proceso de emoción y con el cual el individuo se mantiene interactuando e influenciado por sus características personales, sociales y culturales (Ángeles, 2003; Birdsong, 1993; Christakis y Iwashyna, 2003; Kalikztein, 2000).

En el caso de los padres con hijos de condiciones médicas adversas, se ha encontrado que la respuesta inicial de la mayoría de los padres es de cuestionamiento y negación, ya que el padre niega que el hijo muestre características especiales y no admite la severidad del problema, lo cual podría repercutir en la relación con su hijo y puede dar lugar a un distanciamiento entre ambos (Benjamín, 2004). Posteriormente, surgen emociones de tristeza, pena, enojo y ansiedad al enfrentar la realidad, lo cual implica el reconocimiento de que las expectativas del padre hacia su hijo pueden ser limitadas. En algunos casos, los padres reanudan la relación con sus hijos, la cual implica la reorganización de la dinámica familiar que requiere la aceptación del menor, su incorporación a la familia y el apoyo mutuo de los padres (Benjamín, 2004; Hovey, 2003; Ortega et al., 2005).

Para poder explicitar esta dimensión subjetiva es necesario investigarla desde un enfoque cualitativo que permita explicar los procesos cognitivos y afectivos a partir de (i) la propia experiencia personal; (ii) la diversidad y complejidad en las vivencias de los padres

en relación con sus hijos; (iii) las características singulares del padre y el hijo; y (iv) el contexto familiar específico en el que se sitúa la relación padre-hijo (Carvalho y Pereira, 2009; Salguero 2006). Estos factores constituyen la experiencia emocional del padre y permiten comprenderla sin caer en generalizaciones que merman la comprensión de la misma (González-Rey, 2007).

En esta línea, la presente investigación se plantea como objetivo explorar la experiencia emocional de la paternidad en cinco padres varones cuyos hijos adolescentes presentan sintomatología depresiva e intento suicida. Para ello, se formuló una entrevista semi-estructurada y un test de frases incompletas cuyo propósito fue aproximarse a la dimensión psicológica subjetiva de los procesos que movilizan a los padres en una situación adversa en torno a su paternidad y a las demandas de sus hijos, así como a las respuestas que dan a estas demandas y su apreciación sobre ellas.

Finalmente, el material recogido en las entrevistas ha sido trabajado mediante un análisis temático a partir de lo que se encuentra como significativo. De esta manera los resultados permiten comprender y dar sentido a la experiencia emocional situada en la subjetividad e individualidad de cada uno de los participantes. El aporte que realiza a los estudios de la paternidad estriba en que esta perspectiva produce conocimiento desde un enfoque dialógico y relacional con los participantes. La presente investigación pretende dar sentido a la experiencia emocional de la paternidad ante la sintomatología depresiva e intento suicida del hijo adolescente a partir de la interpretación de los datos (González Rey, 2003, 2007).



MÉTODO

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo de carácter dialógico, comunicacional y progresivo (Márquez, 2007). Los procesos comunicativos son altamente significativos para la psicología, ya que los datos recogidos en la dinámica interaccional entre el observador y el observado resultan tan legítimos como los que arrojan los instrumentos cuantitativos (Coffey & Atkinson, 2003). Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo está construido de significados y símbolos; de esta manera, entienden que el ser humano no se relaciona de forma lineal con su mundo, sino de una manera cambiante (Márquez, 2007). Esto es especialmente válido en el caso del constructo de la paternidad, ya que en esta se construyen respuestas, se expresan necesidades, satisfacciones y se mantienen lazos afectivos y emocionales en acciones recursivas, es decir, acciones que se repiten de forma progresiva en la vida del individuo y de forma intergeneracional.

Para el objetivo del presente estudio, que se enfoca en la experiencia emocional individual y subjetiva en torno a la paternidad de padres de adolescentes que presentan sintomatología depresiva e intento suicida, se ha empleado el enfoque fenomenológico, que por definición comprende las vivencias a partir de la propia perspectiva del actor, examinando el modo en que este experimenta su mundo (Taylor & Bogdan, 2000). Además, este paradigma asume que el sentido que el individuo da a sus vivencias se constituye a partir de la estructura del contenido (las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales) y la propia interpretación de la realidad.

Participantes

Los participantes de la presente investigación fueron cinco padres de familia sin antecedentes psiquiátricos entre los 36 y 53 años de edad ($M=45$; $DE=7,17$) que viven con su hijo/hija adolescente de 14 y 15 ($M=14,8$; $DE=0,44$) años de edad en la misma casa y cuyas esposas son amas de casa, de manera que el sustento económico recae sobre ellos. Son varones con más de diez años de casados en el momento de del recojo de información; pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo y cuatro de ellos reportaron un nivel académico de secundaria completa y uno de superior técnico (policía). Por otro lado, los adolescentes fueron internados en el Servicio de Emergencia de un hospital psiquiátrico por un primer intento suicida y presentan sintomatología depresiva diagnóstica por el mismo

hospital. Luego de haber sido controlada la crisis, los menores fueron dados de alta y se les facilitó el ingreso al Departamento de Consulta Externa para ser tratados por especialistas en psiquiatría y psicología. La muestra no busca representatividad estadística, sino más bien representatividad estructural (Flick, 2015) en función al ahondamiento de la técnica aplicada y al posterior análisis de la información recogida. En esta línea, el número de entrevistados fue definido en base al criterio de saturación (Flick, 2014) al encontrarse redundancia en la información recogida en relación a las emociones que manifestaban los participantes.

El contacto se realizó a través de un hospital psiquiátrico el día que los padres asistieron a una sesión de orientación familiar luego de que sus hijos acudieran a un proceso de evaluación de cuatro sesiones a cargo de la investigadora en el marco de la práctica pre profesional.

Los padres firmaron un consentimiento informado que confirma que accedieron a participar de forma voluntaria, bajo la responsabilidad de la investigadora de resguardar confidencialidad sobre la información recabada; además, se dio a los participantes la libertad de retirarse del proceso de sentirse vulnerados o incómodos frente los temas tratados durante la entrevista. Es importante mencionar que los padres ya habían tenido anteriormente contacto con la investigadora, ya que sus hijos llevaban a cabo un proceso de evaluación psicológica con ella, de manera que conocen del acceso de la misma a sus historias clínicas. Dicha situación de acercamiento previo pudo facilitar el desenvolvimiento espontáneo de los participantes durante la entrevista así como propiciar un ambiente de confianza.

Técnicas de recolección de la información

Como parte del modelo fenomenológico, las técnicas utilizadas cumplieron la función de brindar información a un nivel descriptivo para así poder entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante. A partir de una entrevista semiestructurada, se interpretaron las percepciones, sentimientos y conocimientos de los padres participantes (Patton, 1990). Dicha entrevista (Apéndice C) permitió acceder a la experiencia emocional a partir del tipo de preguntas a las que Patton (1990) describe como “preguntas sobre sentimientos”.

La guía de entrevista abordó las siguientes dimensiones:

- **Contexto familiar**

De esta dimensión se exploró cómo se expresa el rol del padre en la dinámica familiar particular y, de manera específica, frente a la sintomatología depresiva que presenta el o la hijo/hija adolescente. Se sitúa al padre participante y al adolescente en un marco familiar específico a fin de entender el impacto de la sintomatología depresiva de uno de los miembros de la familia. De esta forma, se describen las relaciones específicas padre-hijo/hijo-padre en torno a los roles que ejercen.

- **Experiencia emocional alrededor de la sintomatología depresiva**

Esta dimensión exploró la experiencia emocional de la paternidad ante la presencia de sintomatología depresiva e intento suicida en el hijo. Para conocer dicho proceso o experiencia, se recaudó información descriptiva desde el momento en que aparecieron los síntomas hasta la situación actual del adolescente. De la misma manera, habiendo situado a los padres en un momento específico de la presentación de los síntomas, es decir, después del primer intento suicida, se indagó las concepciones o explicaciones que ellos mismos ofrecen respecto de la sintomatología depresiva e intento suicida de los hijos; asimismo, se exploraron los cambios que ellos reconocen como consecuencias de dichos episodios en su propia noción y forma de vivir la paternidad, así como en las expectativas que tienen sobre sí mismos, como padres y en relación con sus hijos.

- **Relación con el hijo adolescente con sintomatología depresiva**

Esta dimensión exploró el rol del padre en el vínculo que mantienen con el hijo o hija adolescente con sintomatología depresiva, así como la responsabilidad que siente el participante sobre el adolescente, la percepción que tiene sobre la relación diádica y sobre la percepción que tiene sobre el influjo del diagnóstico en dicha relación.

La entrevista semi-estructurada garantizó la recaudación de información análoga en los distintos participantes, ya que se respondieron las mismas preguntas y se abarcaron los mismos aspectos de la misma forma. Sin embargo, es importante recalcar que el orden de las preguntas varió según el desarrollo de la entrevista, ya que se prefirió evitar ceñirse a

parámetros rígidos, es decir, se abordaron todos los temas en función a la fluidez de la conversación y según el desenvolvimiento del participante.

Con el objetivo de profundizar en la experiencia emocional, en tanto dimensión subjetiva, se elaboró una lista de frases incompletas que debieron ser completadas por el padre participante (Apéndice D). Dicha actividad facilitó la asociación libre expresándose de forma espontánea, creativa y personalizada (González Rey, 2007). Dicho instrumento fue utilizado anteriormente en una investigación sobre compromiso paterno (Domecq, 2010), así como en una investigación sobre experiencia emocional en hermanos adolescentes de niños con trastorno del espectro autista (Jara, 2014). El instrumento constó de siete frases (p.e. “Siento que mi hijo”, “Desearía que mi hijo”) que el padre completó con la consigna de que exprese lo primero que pensó para cada una de ellas. Esto permitió obtener un acercamiento indirecto y, por lo mismo, menos intimidante o amenazante para el individuo. Una vez concluida la evaluación, se procedió a profundizar sobre la información recabada.

Con el objetivo de caracterizar a los participantes, se elaboró una ficha de datos sociodemográficos (Apéndice B) con información sobre su edad, estado civil, grado de instrucción y número de hijos; así como el sexo y la edad del menor que presenta sintomatología depresiva; datos sobre la madre del menor; e información sobre antecedentes psiquiátricos familiares. Es importante mencionar que en la investigación se tuvo acceso a las cinco historias clínicas de los hijos adolescentes de los padres participantes, cumpliendo así con los criterios de inclusión tales como el diagnóstico de depresión y el primer intento suicida.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó la autorización al supervisor a cargo del Departamento de Consulta Externa de Niños y Adolescentes del hospital psiquiátrico al cual acuden los padres acompañando a sus hijos adolescentes con sintomatología depresiva luego de ser dados de alta por el Servicio de Emergencia. Cuando se obtuvo el permiso, se procedió a contactar a los posibles padres participantes quienes asistían a sesiones de orientación familiar luego de que sus hijos acudieran a un proceso de evaluación de cuatro sesiones a cargo de la investigadora. En estas, como parte del proceso y en el marco de la práctica pre profesional, se les aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs (1992) que dilucidó indicadores

de sintomatología depresiva tales como la anhedonia, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas, etcétera, con un puntaje entre 14 y 20 lo cual indica sintomatología depresiva de moderada a grave. Posteriormente, se realizó una entrevista piloto a un padre con un hijo adolescente con sintomatología depresiva y que había cometido intento suicida, para comprobar la relevancia y comprensión de la preguntas. Además se realizó dos entrevistas con padres de niños de 5 años cada uno, lo cual permitió dar cuenta de lo preciso de indagar en la relación padre-hijo/hijo-padre a lo largo de la vida de ambos, y no solo desde el presente de la enfermedad, ya que es una dimensión importante a considerar para estudiar la paternidad (Varela, 2000).

Una vez concretada la sesión de entrevista con los padres, se recalcó los criterios de anonimato y confidencialidad, que además están presentes en el consentimiento informado (Apéndice A). Las entrevistas duraron entre 60 y 90 minutos y fueron audio grabadas con la finalidad de que la transcripción sea fiel a lo expresado verbalmente tanto por los padres participantes como por la investigadora.

El análisis de datos fue temático permitió identificar, organizar y analizar los temas recurrentes en el discursos de los participantes con el propósito de conocer los significados de su vivencia particular (Braun & Clarke, 2006). Se siguió el enfoque de Taylor y Bodgan (2000) que está basado en tres momentos: (1) la *fase de descubrimiento*, la cual consiste en la lectura de los datos, la búsqueda de temas emergentes, la elaboración de tipologías y el desarrollo de una guía de la historia (p.e. etapas de la experiencia emocional de la paternidad). Una vez hecho esto se llevó a cabo (2) la *fase de codificación*, la cual consistió en la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y posiciones y posteriormente codificar y categorizar dichos datos, para lo cual se usó el soporte del software Atlas.ti 7. Por último, (3) la *fase de relativización de los datos* consistió en interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos, es decir, bajo la situación y dinámica particular de cada uno de los padres participantes en cuestión.

Finalmente, los resultados fueron devueltos a los padres. Estos abarcaron el desarrollo de la experiencia emocional de su paternidad, los progresos de la condición médica de sus hijos y su comprensión de la misma. Dichos resultados reforzaron la asistencia a las sesiones de orientación psicológica que los servicios del hospital imparten a los familiares de sus

pacientes. En estos espacios se procuró brindar herramientas para comprender la sintomatología depresiva que presentan sus hijos y un soporte para los mismos en pro de una pronta mejora.

Criterios de calidad de la investigación

Una de las desventajas que generalmente se le ha atribuido a la investigación cualitativa es la falta de aparente validez y confiabilidad; sin embargo, diferentes autores (Barradas, 2007; González-Rey, 2007) afirman que extrapolar estos criterios a la investigación cualitativa es contraproducente pues viola sus propósito, objetivos y naturaleza (Salgado 2007). Por ello, los criterios que comúnmente se utiliza para evaluar la calidad científica de este tipo de estudios y, por ende, su rigor metodológico son más bien la *dependencia*, *credibilidad*, *auditabilidad* y *transferibilidad* (Flick, 2014; Franklin & Ballau, 2005; Mertens, 2005).

La *dependencia o consistencia lógica* (Salgado, 2006) es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúan los mismos análisis, generen resultados equivalentes. Para ello, la investigadora contó con la validación intersubjetiva efectuada a partir de la comparación de los resultados de investigaciones afines (Ortega et. al, 2005), así mismo la asesora de tesis corroboró tales resultados, los cuales se estructuraron y analizaron, evitando incurrir en sesgos propios de cualquier investigación.

La *credibilidad* (Salgado, 2007) es el resultado de la recolección de información que los propios participantes reconocen como una aproximación fidedigna a sus creencias y emociones. Para lograr dicho propósito se realizaron transcripciones textuales de las entrevistas con el fin de no alterar el objeto de interpretación, por lo que los resultados, que fueron devueltos a los participantes quienes validaron las conclusiones, y además que son equivalentes a otras investigaciones (Ortega et al., 2005), se adecuaron a la realidad examinada.

La *auditabilidad* (Márquez, 2007) consiste en que otro investigador siga la pista de lo que la investigadora va realizando así como la examinación de los datos recogidos y lleguen a conclusiones análogas, lo cual presupone perspectivas similares sobre el asunto. Para ello, la investigadora presentó a la asesora la data recabada para su posterior análisis.

Por último, la *transferibilidad* (Flick, 2014), se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Para ello, la investigación describió el lugar de estudio del fenómeno y las características específicas de los participantes. En este caso particular, la locación fue la consulta externa de un hospital psiquiátrico al que acuden predominantemente pacientes de bajo nivel socioeconómico, mientras que las características fueron determinadas a partir de la situación actual del hijo adolescente.





RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentarán los hallazgos obtenidos de acuerdo con los objetivos planteados a partir del análisis de las entrevistas realizadas y las respuestas de los participantes al test de frases incompletas. La presentación de dichos hallazgos ha sido organizada tomando en cuenta las reacciones emocionales manifestadas por los padres en relación a su paternidad y el proceso médico que siguen sus hijos adolescentes. Estas han sido definidas por ellos como *rabia*, *impotencia*, *tristeza*, *culpa* y *alivio* alrededor de tres etapas: la *aparición de los síntomas*, la *asistencia a un hospital psiquiátrico* y la *percepción de remisión de los síntomas*.

Una característica común en los padres entrevistados es que relacionan la paternidad con la identidad masculina (Bardinter, 2000; Fuller, 2000). Dicha vivencia es asociada con un sentido de obligación respecto del sustento de los suyos, así como con la de ser una imagen de autoridad ante estos. Por otro lado, los participantes comprenden que la paternidad abarca el involucramiento físico y el emocional, así como la gestación de una imagen paterna positiva que sus hijos puedan luego reproducir siendo “*un buen padre*” (Julián, 53 años; padre de Julio, 14 años).

Al sentirse responsables del sustento de las necesidades básicas (como la alimentación y la salud), los padres sienten las disfuncionalidades de la dinámica familiar como un *golpe* para sí mismos; en este caso particular, la sintomatología depresiva del hijo y el intento suicida, que es una condición médica adversa, es asumida como una culpa, ya que el hijo es un familiar que *está a su cargo*.

De lo antes señalado se infiere que los padres entrevistados sienten la obligación de proveer *bienestar* a sus hijos, percibiéndose como los principales responsables de lo que son y serán a futuro, así como de su óptimo desenvolvimiento social, tal como menciona Manuel (51 años; papá de María, 15 años) a continuación: “*Nosotros somos los responsables de lo que nuestros hijos son cuando ya mayores. Guiarlo en todas las etapas de su vida. Hacerlo un elemento de valor en la sociedad*”. Dicha representación responde, por un lado, a que los padres se sienten con la autoridad de dirigir el desarrollo de los intereses, metas y valores de los hijos y, por otro lado, a que se ven a sí mismos como una fuente de identificación, llegando inclusive a sentirse reflejados en sus hijos (Nurmi, 2004). Los padres tienden a

extrapolar sus propias expectativas inconclusas (aquellas que no pudieron concluir en sus vidas) en sus hijos, proyectando así sus deseos y fantasías sobre sí mismos en la vida del hijo. Se puede suponer, entonces, que el imaginario del padre configura su ejercicio de la paternidad (Nurmi, 2004).

Estas expectativas permiten que el padre y el hijo se desarrollen en un potencial espacio de involucramiento mutuo, ya que la identificación con ciertas habilidades percibidas como heredadas facilita la atención y el cuidado, tal como lo expresa Jorge (40 años, padre de Carla, 15 años) en el siguiente extracto: *“No es por vanagloriarme, pero Carla me ha sacado mucho a mí eso de la lectura, entonces yo quiero reforzar eso, quiero que lea más. Yo le he dicho que quiero que sea abogada para formar un estudio juntos”*. Este testimonio manifiesta una especial preocupación en la vida académica de la hija, pues el padre se siente responsable de que ella tenga un buen nivel educativo. De forma similar, otro padre también manifiesta la misma preocupación de la siguiente forma: *“Bueno, ser padre para mí es darle en primer lugar a un hijo toda su educación”* (Juan, 53 años, padre de Javier, 14 años).

Además de la responsabilidad por la vida estudiantil del hijo y sus necesidades afectivas, los testimonios inciden en la capital importancia que tiene para ellos el rol de ser el “sustento de la familia”. Al percibirse bajo esta imagen, los padres asumen la responsabilidad de la situación económica de la familia. Dado que las necesidades de la familia son asumidas por el padre, este se sitúa en una posición de poder respecto de su pareja, de ser el caso, e hijo. Al respecto, desde la perspectiva de género se entiende que la masculinidad se consagra con la paternidad (Fuller, 2000). Así, el carácter masculino de la paternidad consistiría en esta posición de poder. Dicho hallazgo es equiparable a la representación de la paternidad asociada con proveer, abastecer y agenciárselas para cumplir con las necesidades materiales indispensables para el desarrollo del hijo (Fuller, 2000; Marcos, 2010).

Finalmente, se observa que el involucramiento emocional con los hijos se constituye ya desde el momento de la gestación y en la relación con la pareja, tal como menciona Coco, (40 años, padre de Carla, 15 años): *“Bueno, en principio yo me sentía muy contento (de ser papá), porque en realidad yo siempre he estado muy enamorado de mi esposa”*.

Durante este período, los padres suelen formar representaciones imaginarias sobre el futuro de sus hijos y desean que en el futuro se realicen en conformidad con estas (Cunningham, 1992; Benjamín, 2004). Al respecto, Sinay (2004) afirma que la imagen formada es siempre ideal, aun cuando sus expectativas sean las de tener un hijo “normal”. La importancia que tienen estas fantasías para el padre no puede dejar de ser reconocida, ya que el hijo no es meramente otra persona sino que es, en cierto sentido, una “reproducción” de sí mismo.

Otra característica común en los padres participantes es que provienen de un nivel socioeconómico bajo. Diversas investigaciones (Compass, 2004; Friedman & Chase-Lansdale, 2002; United Nations International Children's Emergency Fund, 1991) encontraron que un nivel socioeconómico bajo repercute negativamente en el desarrollo cognitivo y emocional de los adolescentes. Así mismo, estos autores mencionan que las personas que han vivido en este nivel corren más riesgo de presentar trastornos interiorizados y exteriorizados, es decir, emocionales y conductuales, siendo la depresión uno de estos. Cabe señalar que dicha condición es también una intensa carga de estrés para los padres, quienes generan sentimientos de frustración e impotencia al percibirse como si fracasaran en su rol de ser “sustento de la familia”.

Los hallazgos de esta investigación muestran que los padres participantes reconocen que la situación económica adversa por la que pasaron causó malestar en sus hijos, debido a las medidas que tomaron para revertir dicha condición, e incluso la toman como el desencadenante de la sintomatología depresiva, como puede apreciarse en el siguiente fragmento: *“Lo que pasa es que hubo un tema de una crisis económica y yo pensaba irme afuera del país y para esto mi hija no se quería despegar de mí, entonces eso le afectó a ella. Nosotros lo estábamos haciendo sin que lo sepa ella, y cuando se enteró empezó a mostrar estos síntomas de alejamiento, de rechazo, de cólera, de por qué te ibas empezó a decir”* (Walter, 36 años, padre de Helena, 15 años).

Al respecto, Marcos (2010) plantea que la frustración y el sentimiento de culpa son consecuencias de su condición económica adversa. Es preciso señalar otros padres han manifestado sentirse “deprimidos” a causa de esta condición, tal como manifiesta Manuel (padre de María, 15 años): *“Actualmente también por cuestiones económicas, alguna vez*

también me he sentido deprimido. [...] Tuvimos una complicación económica muy severa y eso pues la afectó mucho (a su hija), me reclamaba”.

Como la responsabilidad de sustento ha sido asumida como una función obligatoria y es concebida como un componente fundamental de la paternidad, no cumplirla de forma plena es sentida como un fracaso o un *golpe* directo a la masculinidad. En esta línea, Fuller (2000) afirma que cuando un hombre adulto no trabaja siente vulnerada su masculinidad. Ello se debe a que el trabajo es uno de los ejes de la vida que, además de conferirle orden y cierta dirección, proporciona al individuo una identidad pública, le permite “ser alguien” en la sociedad.

A partir de lo expuesto, puede apreciarse que los padres entrevistados manifiestan sentirse comprometidos con su rol paterno y afectados emocionalmente por la situación médica de sus hijos. Dicha situación genera cambios, confrontaciones y cuestionamientos hacia sí mismos y hacia la idoneidad del ejercicio de su rol como padres. Cabe señalar que se ha encontrado una vinculación entre la experiencia emocional de los padres y la gravedad de la sintomatología depresiva de los hijos, distinguiéndose tres etapas en tal relación: *aparición de los síntomas, asistencia a un hospital psiquiátrico y percepción de remisión de los síntomas.*

Primera etapa: Aparición de los síntomas

Sensación de perplejidad

La aparición de síntomas depresivos genera en los padres una sensación de perplejidad, ya que no comprenden qué sucede con sus hijos. Esta falta de comprensión de la situación conduce a que se perciban como incapaces de responder las demandas de sus hijos. El testimonio de Juan (53 años, Padre de Javier, 14 años) así lo manifiesta: “Él (su menor hijo) *siempre llegaba molesto, ni siquiera saludaba, se metía a su cuarto y tenía una cara de molesto, molestísimo. A veces había visita y él no era capaz ni de saludar, pasaba nomás como una persona que estuviera molestísima, ni una mirada. Yo entre mí decía “¿qué le pasa?”*”.

Por muchas razones vinculadas, por ejemplo, a que pasan la mayor parte de su tiempo en el trabajo o fuera de casa, los padres que se perciben como incapaces de responder a las

demandas de sus hijos limitan su rol al de observadores. Esto supone una merma del involucramiento físico y emocional con sus hijos, y refuerza el hecho de que no sepan cómo acercarse a ellos en situaciones depresivas e intento suicida. Dicho desconocimiento puede también dar lugar a respuestas violentas ocasionados por los sentimientos de rabia, frustración e impotencia por no poder satisfacer las demandas de los hijos tal como se puede observar en el siguiente fragmento de Walter (36 años, padre de Helena, 15 años): *“Llegué a usar una correa en la mano para que diga qué le pasa, por qué se está comportando de esa manera y no quería, ‘mátame’ decía, pero no quería. Llegué incluso a apretarle las heridas que se hacía en las muñecas para que me diga por qué lo hacía, estaba desesperado. Era una cuestión terrible”*. A su vez, Ortega, et al. (2005) mencionan que los sentimientos de impotencia no permiten evaluar reflexivamente lo que está aconteciendo, de manera que todo lo relacionado con el hijo es visto bajo una perspectiva sumamente negativa.

Dificultad para responder a la demanda

Como se ha señalado, los sentimientos de rabia, frustración e impotencia en los padres al percibirse a sí mismos como incapaces de brindar apoyo a los suyos dan lugar a un actuar violento que, a su vez, les genera culpa y cuestiona su capacidad para ser padres, ya que adolecen de una proximidad emocional con sus hijos. Al respecto, Fuller (2005) señala que la creciente generalización del discurso que censura el autoritarismo y predica la importancia de la proximidad del padre se contradice con las dificultades reales que los hombres enfrentan para poner en práctica nuevas demandas como el involucramiento emocional con el hijo. Estos obstáculos pueden ser estructurales como la pobreza, la cual es una variable en común en los cinco padres entrevistados, cuyos trabajos exceden la jornada laboral (solo así pueden mantener su hogar) y; de identidad, ya que sus compromisos con la masculinidad los obligan a priorizar su lugar en el espacio público, invirtiendo buena parte de su tiempo en este. Esto trae como consecuencia otra variable común en los padres entrevistados, a saber, que generalmente no están presentes en la vida cotidiana de la familia.

Frente a estas dificultades, la respuesta de los padres se traduce en una aparente infravaloración de la magnitud de la sintomatología depresiva de sus hijos. Así, en las fases tempranas de este trastorno los padres asumían que dichos comportamientos inusuales en sus menores hijos eran propios de la edad; inclusive, preguntaron a amigos con hijos adolescentes

por estos comportamientos y la forma de afrontarlos, con la finalidad de gestar un plan de acción. Sin embargo, este tipo de respuestas pueden ser contraproducentes, ya que merman la comprensión de la enfermedad al asociarla con la imagen de la adolescencia como un período difícil y atípico limitando que puedan responder efectivamente a la sintomatología depresiva.

“Yo preguntaba a mis amigos si sus hijos adolescentes, así de la edad de Nadia eran rebeldes, que no querían hablar con nadie y me decían que sí, que la ponga en vereda nomás, y ya pues, la dejaba ¿no? Pensé que quería su espacio” (Gabriel, 45 años, padre de Nadia, 15 años).

“Yo pensaba que era un estado propio de los adolescentes, en el cual ellos experimentan cambios en su conducta, cambios físicos, psicológicos y también me había asesorado con unos amigos que me decían que todos los adolescentes te hacen la vida a cuadritos” (Jorge, 41 años, Padre de Carla, 15 años).

De esta manera, el sentimiento de ser responsable de los suyos, de tener que resolver los problemas de forma efectiva, de sacar adelante a la familia, a la par que la sensación de logro en el trabajo y todas las otras esferas del quehacer personal o profesional, son percibidas como fundamentales para el buen ejercicio de la paternidad. En contraste, percibir que dichas expectativas no son realizadas da lugar a sentimientos de culpa, como lo retrata Juan (53 años, Padre de Javier, 14 años) a continuación: *“Siento culpa, él (su hijo) me lo ha dicho y sí, me siento culpable por no apoyarlo. De repente cuando él me necesita no estoy ahí, de repente él ha querido andar conmigo, sentarse conmigo y yo no he estado ahí. No le he brindado ese apoyo”*.

Búsqueda de la proximidad

En este contexto de culpa, los padres intentaron comprender de una forma más adecuada la condición de sus hijos. Para ello identificaron etapas de sus propias vidas en las que se comportaron y sintieron de manera análoga a ellos; ejercicio que facilitó la proximidad padre-hijo. En este escenario, los padres se perciben con la potestad de ser una fuente de identificación para sus hijos, así como empoderarse de su rol paterno y brindar así apoyo y soporte emocional, tal como se ve en lo siguiente:

“Cuando yo tenía la edad de Carla, era rebelde, así te digo, pero no a ese extremo de tomar, nunca he tenido problemas de drogas ni de alcohol. Yo era de pelearme con mis padres, dejaba los estudios, incluso perdí el año en 4to de secundaria y le digo ‘hija, estás pasando lo mismo que yo he pasado, así es que no te aflijas, todo va a pasar’” (Jorge, 41 años, padre de Carla, 15 años).

Sin embargo, para los padres entrevistados no fue fácil acercarse a sus hijos, ya que usualmente los hijos rechazaban la proximidad, lo cual generaba en los padres tristeza e impotencia. Cabe recalcar que el padre espera ser una figura apreciada para el hijo, es decir, alguien al que se le quiera y en quien se pueda confiar, de ahí que, al ser rechazado, el padre sienta que no es una figura paterna para el hijo e incapaz de cumplir su rol paterno, lo cual es experimentado con frustración y como consecuencia se desvalorizan, como lo muestra el siguiente extracto:

“Entonces yo fui a su cuarto, me siento con él y le digo ¿a ver, Javierecito, dime qué está pasando? Y no quiere contarme. [...] Uno se siente mal. Uno te sientes impotente ¿qué es lo que pasa con tu hijo? Uno espera que tu hijo sea diferente y uno como papá no puedes hacer nada por ello en que ese momento no te sientes como un padre, te sientes como cualquier cosa, porque si fueras un padre, tu hijo quisiera escucharte y que él no quiera escucharme te hace sentir mal” (Juan, 53 años, padre de Javier, 15 años).

A su vez, los padres creen que sus hijos no son capaces de percibir el amor que sienten por ellos, afirmando incluso que se sentirían mejor si supieran cuánto los quieren. Es decir, los padres conciben el afecto que pueden brindarles a sus hijos como un buen predictor de desarrollo y, en ese sentido, al observar la sintomatología de sus hijos, se sienten culpables por no haberles dado o demostrado suficientemente el amor que sienten por ellos, lo que supuestamente hubiera podido prevenir la condición adversa por la que estos pasan. Los siguientes fragmentos muestran dichos sentimientos de culpa:

Si mi hijo tan solo *“pudiese medir el amor que yo le tengo, tal vez sería más segura de sí misma”*. (Manuel, 51 años, padre de María, 15 años)

Si mi hijo tan solo *“me quisiera”*. (Juan, 53 años, padre de Javier, 15 años)

Si mi hija tan solo “*entendiera que sus papás la queremos mucho*”. (Gabriel, 45 años, padre de Nadia, 15 años)

Pese a que los padres reconocen la falta de proximidad, no son capaces de comprender a qué se debe esta. Ello está en vinculación con la falta de entendimiento y conocimiento de las peculiaridades del adolescente, así como al hecho de que no reconozcan que los hijos tienden a subestimar la influencia paterna (Toro, 2010). Los adolescentes, en su afán de independencia, tienden a evitar el contacto con sus padres en situaciones conflictivas, en lugar de acudir a su cuidador como sucedía en la infancia (Gottfried, 2013). En este escenario, hay una progresiva desidealización del padre, pues el hijo adolescente es capaz de reconocer fallas en el antiguo cuidador, además de cuestionar su forma de vida (Carvajal, 1999). Dicha transformación en la que se quiebra el vínculo padre-hijo provoca en los padres sentimientos de frustración e impotencia. Así, tanto el hijo como el padre se sitúan en un estado ambivalente entre el anhelo de autonomía y los deseos de protección; y la autoridad con el cuidado respetivamente (Flouri, 2008; Laursen, Coy & Collins, 1998; Steinberg, 2001).

Las características antes descritas correspondientes al desarrollo evolutivo del adolescente pueden ser un agravante de la condición médica adversa (Hovey, 2003; Quispe, 2014). Esta condición puede expresarse como aislamiento, que es otra variable común en el comportamiento de los hijos. Evidentemente, las consecuencias psicológicas y emocionales del padecimiento de una enfermedad grave o crónica -como un trastorno mental- no solo inciden en quien la padece, sino también en los padres y/o cuidadores primarios (Hovey, 2003; Quispe, 2014).

Confrontaciones del rol

Como se señaló anteriormente, la conmoción psicológica y emocional hace que el padre cuestione cómo desempeña su rol, pero también cuestiona el rol de sus propios padres, a través de recuerdos de sus experiencias como hijo en las que se apreciaba la unión o la separación de la familia, la inferencia o calidez del padre, etcétera (Marcos, 2010). Así, aunque los participantes manifestaron no guardar rencor hacia sus propios padres, sí expresaron el deseo de actuar con sus hijos de forma distinta a cómo ellos fueron tratados. Los sentimientos de tristeza producidos por el recuerdo de episodios de abandono, por ejemplo, hacen que no se desee reproducir el modelo paterno. Al respecto, Ugarte (2000)

menciona que cada uno de los miembros de la pareja trae consigo una experiencia procedente de su familia de origen, siendo esta experiencia lo que aportan en la relación con el hijo. Cabe señalar que esta experiencia es una fuente de identificación y repercute en otros ámbitos de la vida que van más allá de la paternidad. De este modo, los modelos de paternidad y maternidad heredados, la imagen que el nuevo padre ha interiorizado, son el punto de partida del ejercicio personal de la paternidad o la maternidad, como es expresado en los siguientes fragmentos:

“Cuando vi a mi hija así me hizo recordar cuando yo vivía así, sentir que no era comprendido, no tenía el apoyo de mis padres porque trabajaban. No les echo la culpa porque mis padres no sabían lo que yo callaba, lo que mis hermanos callaban” (Walter, 36 años, padre de Helena, 15 años).

“Nosotros (él y su esposa) venimos de una familia donde nuestros padres poco o nada les interesaban nuestro estado de salud y a veces esas cosas las heredamos y pensamos que de repente es una cosa pasajera” (Manuel, 51 años, padre de María, 15 años).

Esta confrontación del rol también se extiende hacia la pareja; dado que los padres pasan la mayor parte de su tiempo fuera de casa y la madre es la que está la mayor parte del día con los hijos, se les atribuye mayor responsabilidad respecto de los sucesos conflictivos del hogar. Ello incide en la relación de pareja porque el padre percibe que su pareja falla en su rol. Dicha situación genera rabia e impotencia en la pareja, como lo menciona Walter (36 años, padre de Helena, 15 años):

“Nos preguntábamos quién tiene la culpa, ¿no? Le decía ‘tú paras en la casa, yo paro trabajando’. Como le dije, inclusive me molesté con mi esposa porque ‘estamos en una tarea los dos y tú estás en casa ¿cómo no te has podido dar cuenta de eso?’ le decía”.

El cuestionamiento del rol materno repercute en la dinámica de la pareja; al respecto, algunos padres pueden querer fuera del hogar a la madre, como se aprecia en el siguiente testimonio de Jorge (41), padre de Carla: *“Y en ese momento yo de verdad deseo que Mónica (madre de Carla) se vaya a otro lado, y que no esté presente. Yo quisiera que por ejemplo,*

cuando yo no esté en casa, mi esposa cumpla en el aspecto en que trate de ser más tolerante con Carla, que sea menos controladora, que converse más con su hija, que esté más con ella". En esta línea, el testimonio de Gabriel (45), padre de Nadia (15) refleja una separación de roles: mientras que al padre le corresponde trabajar fuera de casa, a la madre hacerlo dentro de ella, como puede apreciarse a continuación: *"Uno sale a trabajar todo el día, de pronto llega a la casa y encuentra todo hecho un lío. 'Se supone que tú estás a cargo, pues ¿no?' Le digo. 'Si no vete a trabajar tú y yo me quedo con los chicos'"*. En sus dinámicas familiares, los roles parecen no ser fácilmente intercambiables, pues son aquello que le corresponde a cada uno dentro y fuera del hogar. Esto guarda concordancia con la estrecha relación entre la identidad masculina y el ejercicio de la paternidad vinculada a la imagen del proveedor (Bardinter, 2000).

Sin embargo, el cuestionamiento que genera sentimientos de culpa es mayor hacia ellos mismos. Este aspecto concuerda con las investigaciones realizadas por Bobes (2005), quien reporta que la conducta suicida mantiene una relación estrecha con los acontecimientos ocurridos en el ambiente familiar o social del individuo. Asimismo, la exposición a una adversidad familiar o social durante la infancia incrementa la vulnerabilidad del individuo a la psicopatología, a la mala adaptación frente a las dificultades de la vida y, finalmente, a una mayor predisposición a la conducta suicida.

La culpa también es experimentada cuando los padres reconocen motivos por los que los hijos manifiestan sintomatología depresiva; entre estos, destacan el *"no haber criado a sus hijos lo suficientemente fuertes"*, como menciona Walter (36 años, padre de Helena) o *"pensaba que era mi culpa porque fue una situación que pudo haberse manejado. Si no la hubiera engreído tanto, si la hubiera hecho más fuerte"* (Jorge, 40 años, padre de Camila, 15 años), asimismo: *"como nuestra hija fue tan esperada, quizás en algún momento la hemos sobre protegido y llegué a pensar que por eso es ella así"* (Manuel, 51 años, padre de María, 15 años). Se evidencian también sentimientos de impotencia y rabia hacia sí mismos cuando se imaginan que terceros pueden estar causando malestar en sus hijos, afirmando que de haberlo sabido no hubieran permitido que los lastimen, tal como menciona Juan (53 años, Padre de Javier, 15 años): *"Qué no he deseado, quería ir al colegio y conocer al muchacho. Saber quién es esa persona que le está haciendo daño"*. Esta reacción podría deberse a que

los padres perciben a sus hijos como vulnerables ante las adversidades y a ellos como los que deben cuidarlos de éstas.

Se puede observar que la condición médica adversa de los adolescentes incentiva un cambio en los roles y en la dinámica familiar, lo cual refleja que a pesar de que los padres se sientan afectados, golpeados y confrontados con ellos mismos, son capaces de modificar y reformular su rol con el propósito de mejorar la condición de sus hijos.

Segunda etapa: Asistencia a un Hospital Psiquiátrico

La primera separación

Esta etapa se caracteriza por la intensificación de la sintomatología depresiva en la que ocurre el primer intento suicida de los hijos adolescentes; razón por la cual son trasladados al Servicio de Emergencia de un Hospital Psiquiátrico. Se encontró que dicho suceso fue el que más remeció emocionalmente a los padres participantes quienes manifestaron sentir una profunda tristeza y dolor, no solo por la condición médica de sus hijos, sino también porque el internamiento trae consigo una separación física y emocional en un momento en el que los padres sienten que sus hijos necesitan más que nunca su proximidad afectiva, como puede apreciarse en el siguiente fragmento:

“Entonces la llevamos al hospital, la internamos por primera vez y ese internamiento a mí me partió el alma porque alejarme a mi hija en esas circunstancias” (Jorge, 41 años, Padre de Carla, 15 años).

Proceso psicoterapéutico

En el transcurso de las citas en el Servicio de Consulta Externa del hospital psiquiátrico, los adolescentes llevan a cabo un proceso psicoterapéutico luego de que son dados de alta por el Servicio de Emergencia. Para los padres participantes, la sintomatología depresiva es un “estado” o “etapa pasajera”, y manifiestan esa creencia a sus propios hijos. Dicha transmisión de tranquilidad podría responder a su deseo de no ver quebradas las expectativas que tienen respecto del desarrollo de sus hijos (Nurmi, 2004), como se ve a continuación:

“Sí, yo sí siento que va a pasar. Siento que va a pasar [...] No, hija, tú no estás así, le digo, son estados, pero en este caso, o sea, a veces estás deprimida, pero a veces estás alegre, le digo” (Jorge, 41 años, Padre de Carla, 15 años).

Pese a que los padres asumen que el estado de sus hijos es pasajero, sí reconocen el sufrimiento que dicha condición trae consigo, así como sus implicancias en la vida cotidiana dentro y fuera del entorno familiar, como puede apreciarse en los siguientes fragmentos:

“Yo pienso que él internamente está mal porque está deprimido, espiritualmente él está destruido” (Juan, 53 años, padre de Javier, 14 años).

“Definitivamente es un estado emocional que afecta la convivencia misma” (Manuel, 51 años, padre de María, 15 años).

Posteriormente, los padres manifestaron que comprenden mejor el proceso por el que están pasando sus menores hijos, sobre todo cuando se recuerdan situaciones análogas en las que ellos sintieron una profunda tristeza. De este modo, la concepción que tienen de la sintomatología depresiva de sus hijos está influenciada por su experiencia pasada y actual, como se ve en lo que sigue:

“Alguna vez también me he sentido deprimido y sé lo que es. Un estado donde realmente uno no tiene ganas de hacer nada, nada te gusta, te sientes como si tu vida no tiene sentido, es una vida aburrida de hacer lo mismo todos los días, ir a trabajar por dinero, cuentas que pagar, compromisos que asumir y pues eso nos lleva a una situación muy complicada” (Manuel, 51 años, padre de María, 15 años).

“Para mí era muy triste, era demasiado triste eso. Me hizo recordar mucho cuando era pequeño, cuando sufría [...] Me hizo recordar esa acción de verla llorar, de verla sumida entre tanta tristeza, eso es lo que pasaba pues, ¿no?” (Walter, 36 años, padre de Helena, 15 años).

Cuando veo a mi hijo *“me veo reflejado en él”* (Manuel, 51 años; Padre de María, 15 años).

Empoderamiento del rol paterno

Se evidencia que la identificación con la condición de sus hijos permite un mayor entendimiento y compromiso con su rol de padres, que involucra las dimensiones física y emocional. Se manifiesta también un cambio en la realización de los roles dentro de la familia, pues la figura del padre que provee sustento fuera de casa se ve complementada con la del padre que se queda en casa y es un soporte emocional, acercándose tanto a la idea del *padre psicológico*, como al modelo de las *nuevas paternidades* (Carvalho y Pereira, 2009; Teixeira y Nascimento, 2014) En suma, los padres asumen que la situación actual de sus hijos requiere cuidado y vigilancia, como es manifiesto en lo que sigue:

“Por eso es que no la dejo, por eso es que la apoyo. Mi horario en el trabajo ha cambiado, ya no tengo un horario fijo, lo otro es que mi familia está más compenetrada, yo con mis hijos. (Walter, 36 años, padre de Helena, 15 años).

“Ahora yo me quedo en la casa y ella se va a trabajar, porque Nadia es más pegada a mí que con ella” (Gabriel, 45 años, padre de Nadia, 15 años).

“A ver, yo casi estoy todo el día en casa, mi trabajo está en casa, casi no salgo” (Juan, 53 años, padre de Javier, 14 años).

En relación con las emociones generadas por el hecho de que sus hijos acudan a una consulta psiquiátrica, los padres manifestaron sentirse aliviados de que un especialista evalúe el caso de sus hijos; planteando incluso que *“un psicólogo lo necesitan todos”*, hasta ellos mismos. Ello podría deberse a que las sesiones de orientación familiar tuvieron el efecto positivo de que los padres realicen un proceso reflexivo en el que identificaron algunas variables que influyeron en el desempeño de su rol como se manifiesta en lo que sigue:

“Nosotros (mi esposa y él) venimos de un hogar en el que a nuestros padres poco o nada les importaba nuestro estado de salud y a veces pues a uno se le quedan esas cosas” (Manuel, 51 años, padre de María, 15 años).

“Quizás antes hubiera dicho que eso es para locos, yo a mi cuñado lo molestaba. Pero ahora lo veo que es necesario. A mí nunca de niño me trataron psicólogos, psiquiatras y ahora pienso que es necesario para ayudarnos” (Walter, 45 años, Padre de Helena, 15 años).

Sobre ello, Geenen y Corveleyn (2014) afirman que en la construcción de la identidad paterna, el varón hace una revisión de sus primeras figuras de identificación y, si rescata aspectos positivos de su figura identificatoria paterna, podrá involucrarse de una manera más saludable, así como estar más preparado para desempeñarse como padre y vincularse con su hijo de una manera más efectiva (Mantilla, 2014).

No obstante, los padres participantes prefieren guardar ese tema en el ámbito familiar y privado, alegando que tener un hijo en consulta psiquiátrica les genera *“un dolor que es mejor llevar por dentro”*. Al respecto, Ortega et al. (2005) hallaron que la percepción de una “discapacidad” en el hijo conlleva prejuicios y mitos sobre la misma, lo cual genera sentimientos de vergüenza que no solo repercuten en lo personal, sino también en el medio social, como se aprecia en el siguiente testimonio:

Te juro que no es fácil contar un tema así, que tu hijo está en un Hospital Psiquiátrico. Yo no soy de las personas que le gusta ventilar sus problemas personales con nadie. Porque tampoco es para sentirse halagado que tenga una hija que está en el psicólogo porque se ha cortado, porque tiene problemas, es muy delicado, eso yo lo tengo internamente” (Jorge, 41 años, padre de Carla, 15 años).

En segundo lugar, los padres continúan sintiendo culpa y arrepentimiento con ellos mismos y hacia su pareja y hacia la dinámica familiar en general. Sin embargo, se denota la intención de dejar estos sentimientos en el pasado y buscar soluciones; esto podría deberse a la necesidad de reivindicarse como padre, como esposo y hombre en los ámbitos privado y público (Fuller, 2000) porque, como ya lo mencionaron anteriormente los participantes, el futuro de sus hijos es su responsabilidad, así como el valor que tengan para la sociedad, como puede apreciarse a continuación:

“Yo pienso que pudo evitarse eso y de repente si tanto Martha (su esposa) como yo hubiéramos sabido arreglar nuestras diferencias. Ahora, la otra explicación, ¿si me siento mal? Hay algo de culpabilidad, sí, hay un arrepentimiento, me arrepiento, se siente como una deuda que uno tiene que solucionar, porque cuando se presenta un problema, uno tiene que buscar alternativa de solución ¿no? Esa es la razón por la cual estamos acá y la estamos trayendo” (Jorge, 41 años, padre de Carla, 15 años).

En esta etapa se puede observar que las sesiones de orientación familiar, en el marco del proceso psicoterapéutico de los adolescentes, sensibilizan a los padres respecto de la sintomatología depresiva, así como brindan herramientas para lidiar con ésta en pro de un mejor pronóstico para los menores. Se encontró además que dichas sesiones implican para los padres un proceso reflexivo en el que confrontaron no solo su rol de padre, sino también el de sus padres y el de su pareja, dando lugar a un mejor conocimiento sobre sí mismos y sobre la condición de sus hijos en función a sus propias experiencias. En otras palabras, aunque los padres sienten una fuerte conmoción psicológica caracterizada principalmente por emociones negativas, son capaces de reaccionar, cambiar sus percepciones y procesos de aceptación si se les brinda la información, guía y respaldo adecuados (Di Gesu, Leunda, Portugheis y Sosa, 1998; Fernández y Muñoz, 1999; Ingalls, 2001).

Tercera etapa: Remisión de la sintomatología depresiva

Re-pensar la enfermedad

En el transcurso de las sesiones de orientación familiar, en las que se brindan herramientas a los padres para comprender mejor la condición médica de sus hijos, así como mejorar el vínculo, los padres perciben que hay cierta remisión de la sintomatología depresiva que presentan sus hijos, lo cual les genera alivio y disminuye los sentimientos de frustración. Respecto a esta emoción, los participantes refieren que el desarrollo positivo de la enfermedad se debe a dos factores: en primer lugar, a la adecuada atención por parte del personal de salud del hospital psiquiátrico y, en segundo lugar, a la reorganización de su rol paterno. Surge de este modo un sentimiento de tranquilidad consigo mismos que podría deberse a que se le devuelve la confianza sobre su rol paterno y, por tanto, su autopercepción es positiva (Ugarte, 2000), como se ve a continuación:

“Ahora que la veo mejor, ya no me siento frustrado. Digamos que esto está tomando su curso correcto” (Walter, 36 años, padre de Helena, 15 años).

No obstante, los padres participantes no dejan de manifestar sentimientos de preocupación y miedo a las recaídas e intento suicida; lo cual podría deberse a que sus conocimientos acerca de la enfermedad se han ampliado y reconocen que no se trata de una condición pasajera como lo creían anteriormente, sino que necesita de un constante cuidado

y vigilancia con el fin de que no se intensifiquen los síntomas y se reduzca la probabilidad de presentar otro episodio.

En un primer momento, esa preocupación se manifiesta en el hecho de que los padres se consideren obligados a que sus hijos se sientan mejor pronto. En ese contexto, ellos optan por “darles todo” a sus hijos, ya que antes no lo hacían; sin embargo, ello se refiere en primera instancia a cosas materiales. Esto podría deberse a que aún les cuenta entablar y profundizar un vínculo afectivo con sus hijos, de manera que se sienten en la obligación de “llenar ese vacío” de alguna manera. Al respecto, Kantor (2003) afirma que la incapacidad de comprometerse afectivamente con la mujer y de ejercer la paternidad en este sentido es una constante en los varones de los sectores populares, medios y altos del Perú. El siguiente fragmento expone lo antes señalado:

“Anteriormente ella pedía muchos libros, pero yo no le hacía caso, pero ahora sí. [...] Bueno, pues, ahora por ejemplo a ella se le ha dado por querer verse bien. Comprarse ropa, hace poco me ha dicho que quiere ir a la peluquería, quiere hacerse manicure. Me pide ropa, le compro. Ya, hija, voy a presupuestarme y compramos o a veces le doy la sorpresa ‘vamos, hijita, a comprar’ y uy, se alegra” (Walter, 36 años, padre de Helena, 15 años).

En un segundo momento, los padres empiezan a aproximarse más a sus hijos en un plano afectivo y encuentran una respuesta positiva por parte de ellos a diferencia de antes; así mismo muestran un mayor nivel de comprensión de la enfermedad. Además, se observa un mayor compromiso con el rol paterno que vigila de cerca preguntando constantemente por la salud de sus hijos tanto a los familiares cercanos como al personal de salud, como se ve a continuación:

“Pero ahora último me busca más, se acerca, me conversa y eso me hace sentir que es bueno para mí” (Juan, 53 años, padre de Javier, 14 años).

“Es una enfermedad que hay que tomarla con cuidado, porque de no ser así, puede al final llevarte a un estado más crónico que ya te puede crear más problemas” (Manuel, 51 años, padre de María, 15 años)

“Por eso yo le he dicho a Mónica (su esposa) que esté siempre vigilándola, que no la descuide, porque ellos toman una determinación y se quitan la vida” (Jorge, 41 años, padre de Carla, 15 años).

Expectativas

La percepción de que la sintomatología depresiva está en remisión hace que los padres retomen las expectativas que tienen sobre sus hijos, estando la principal circunscrita al ámbito académico. Para los padres es de suma importancia que sus hijos se desarrollen como profesionales, señalando que es lo que *todo padre quiere para sus hijos*. Estas expectativas tienen que ver con lo que el padre espera de su hijo en el ámbito público, el cual representa una dimensión importante para la identidad masculina (Fuller, 2000), sintiéndose responsables de formar a sus hijos como *personas de valor para la sociedad* y, por tanto, ese reconocimiento es tanto para los hijos como para sus padres, como se aprecia en lo siguiente:

“Los planes que tiene todo padre...que quiere lo mejor para sus hijos, hacerlos estudiar en un buen colegio, en una buena universidad, y como resultado tener una profesional de alto nivel y que fácilmente pueda ingresar en el campo laboral” (Manuel, 51 años, padre de María, 15 años).

“Bueno, ahorita mi prioridad es Carla, yo quiero poder darle a Carla una educación de lo que ella desea. Está indecisa, quiere ser periodista o abogada. Quiero que termine sus estudios y pueda estar independizada” (Jorge, 41 años, padre de Carla, 15 años).

“Lo único que me preocupa es que él no llegue a ser profesional. Que no se quede como yo. Me gustaría que él tenga una profesión muy diferente. Yo sé que a él no le gusta el trabajo que yo hago” (Juan, 53 años, padre de Javier, 14 años).

“Yo quiero ver a mi hija realizada en los estudios” (Gabriel, 45 años, padre de Nadia, 15 años).

Para los padres, volver a tener estas expectativas sobre sus hijos representa una alegría y un alivio; esto podría deberse a que reafirman que su rol de formar personas con valor para

la sociedad tiene más probabilidades de ser cumplido y, con ello, a una mejor autopercepción de sí mismos como padres y como varones (Ugarte, 2000).

En esta última etapa, los padres se dan más espacio para reconocer sus emociones; esto podría responder a que perciben como favorable el desarrollo de la enfermedad y, en ese sentido, encuentra un espacio más adecuado para expresar sus emociones, sea cual sea su naturaleza, en vez de acumularlas, pues esto podría dar lugar a un estado emocional poco saludable (Quispe, 2014).



CONCLUSIONES

En conclusión, desde un inicio los padres ejercen un rol conflictuado; esto se debe a que, pese a que comprenden que la paternidad involucra las dimensiones material, física y emocional en la relación con el hijo, su realización se ve dificultada debido a una variedad de demandas de carácter social y normativas que influyen en cómo los padres representan y ejercen su rol. Entre estas, la investigación ha destacado las siguientes: (1) los padres cumplen una demanda social que los constriñe a estar fuera del hogar o, lo que es lo mismo, a no realizar de forma plena las dimensiones emocional y física de su paternidad. Por ello, (2) ciertas dimensiones que también corresponden a la paternidad, como la crianza de los hijos, son asumidas como tareas exclusivas de la madre. Además, la representación de la identidad masculina en la paternidad (3) es experimentada en el cumplimiento de la función de sustento económico de la familia (la figura del proveedor), y (4) reprime la expresión de las emociones y de los afectos. Finalmente, (5) la situación de tener un hijo con una condición psiquiátrica es percibida con culpa y vergüenza porque conlleva prejuicios por parte del entorno lo cual afecta la autopercepción del padre.

La sintomatología depresiva y el primer intento suicida de los adolescentes fueron un punto de inflexión en el ejercicio de la paternidad en los varones participantes. La respuesta inicial a esta condición crítica fue la de cuestionamiento sobre las herramientas y recursos con los que los padres lidiaron con esta situación, así como la negación de la severidad de la misma, lo cual repercutió en la relación padre e hijo caracterizada por un distanciamiento o un acercamiento hostil e inapropiado.

Posteriormente, surgen emociones como la tristeza, la rabia, el enojo y la culpa al enfrentarse con la realidad, así mismo, los padres renuncian o el cambian sus expectativas hacia sus hijos. Al sentir la responsabilidad u obligación de hacerse cargo de los suyos, y al percatarse de que la situación no sigue el curso que ellos esperaban, los padres la sienten como un *golpe* directo al autoestima (Ugarte, 2000). En esta línea, Seidler (2005) menciona que una parte importante de la construcción de estereotipos de masculinidad hegemónica consiste en dar por hecho que como varón -y padre- se debe tener la respuesta correcta a todas las situaciones; en ese sentido, parte de su rol abarca el mantener el autocontrol en los problemas de la vida cotidiana.

Pese a esto, los padres participantes son capaces de reanudar la relación con sus hijos vinculándose afectivamente y dando lugar a un padre más comprometido con su rol. Para ello, ven necesario una reorganización de la dinámica familiar donde el apoyo es mutuo, y en la que se incorporan expresiones afectivas, proximidad física y emocional sin dejar de lado las preocupaciones por la formación, integración y adaptación social de sus hijos.

Esta investigación ha permitido ahondar en la experiencia emocional de la paternidad en su dimensión subjetiva; consideramos que su aporte radica en que aborda un constructo, que a diferencia de la maternidad, no ha sido investigado de forma exhaustiva. Además, sus resultados pueden dar luces de las dificultades por las que transitan los padres para cumplir un rol cuya demanda social y normativa sobrepasa, en algunos casos, sus propias capacidades, lo cual es difícil de aceptar y asumir, siendo esta situación perjudicial tanto para ellos como para sus familiares.

Finalmente, es preciso señalar que futuras investigaciones sobre el tema deberían tomar en cuenta las variables transversales empleadas en este estudio: el nivel socioeconómico y la representación de la masculinidad como claves para la interpretación del tema en distintos escenarios. Por otro lado, pese a que esta investigación y la bibliografía existente sobre el tema comprenden de forma consensuada la paternidad en vinculación con una masculinidad que reprime y una sociedad que no genera espacios de interacción entre el padre e hijo, dichas variables no necesariamente agotan la comprensión de la vivencia subjetiva de la paternidad, que –en tanto que vivencia- es siempre singular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amato, P. R. (1994). Father-child relationships, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 1031-1042.
- American Psychiatric Association (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington D. C., Estados Unidos: Author.
- Ángeles, A. (2003). *Experiencia emocional del trabajo con cáncer terminal en un grupo de psicólogos*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Arteaga, M. (2010). *Representaciones mentales de la paternidad en padres varones adolescente* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Aznar, E. & Berlanga, A. (2005). *Guía Práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Bardinter, E. (2000). *XY. La identidad Masculina*. Bogotá, Colombia: Norma.
- Benjamín, J. (2004). *Un niño especial en la familia*. Guía para padres: México: Trillas.
- Bernad, C. (2000). Psicopatología del adolescente. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds.), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 357-365). Santiago de Chile, Chile: Mediterráneo.
- Biller, H. (1993). *Father and families. Paternal factors in child development*. Londres, Reino Unido: Auburn House.
- Birdsong, E. (1993). *The psychologist's experience on client suicide* (Tesis de doctorado). The Union Institute, Cincinnati, USA.

- Bobes, J. (2005). *Prevención de comportamientos suicidas en esquemas*. Barcelona, España: Psiquiatría.
- Bobes, J., Sáiz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M., & Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cabrera, N. (Agosto, 1999). *Measuring father involvement in The Early Head Start evaluation: A multidimensional conceptualization*. Presentado en The National Conference on Health Statistics, Washington, D.C., Estados Unidos
- Carvajal, G. (1999). *Adolecer: La aventura de una metamorfosis*. Santafé de Bogotá, Colombia: Tiresias.
- Carvalho, C., & Pereira, S. (2009). Paternidad contemporánea: Levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007. *Paideia*, 19(42), 97-106.
- Christakis, N., & Iwashyna, T. (2003). The health impact of health care on families: A matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Social Science and Medicine*, 57(3), 465-475.
- Chodorow, N. (1990). *El ejercicio de la maternidad: psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona, España: Gedisa.
- Coffey, A., & Atkinson, P., (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. Antioquía, Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.

- Collins, W., & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationship and influences. En R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 331-361). New Jersey, Estados Unidos: Wiley.
- Compas, B. (2004). Processes of risk and resilience during adolescence. En: Lerner, R. & Steinberg, L. (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 387-467). New Jersey, Estados Unidos: Wiley.
- Cornwell, B. (2003). The dynamic properties of social support: Decay, growth, and stacticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*, 81 (3), 953-978.
- Cruzat, C. & Aracena, M. (2006). Significado de la paternidad en jóvenes varones del sector sur-oriente de Santiago. *Revista Psykhe*, 15(1), 29-44.
- Cunningham, C. (1992). *El síndrome de Down. Una introducción para padres*. México: Paidós.
- Dallal, E., & Castillo, J. (2000). Depresión en la adolescencia. En J. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 1300-1331). México: Mc Graw Hill.
- Day, R., & Lam, E. (2004). *Conceptualizing and measuring father involvement*. Nueva York Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dedios, M. (2010). *Experiencia emocional en un grupo de psicólogos en el trabajo con personas psicóticas* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- De Keijzer (2000). Paternidades y transición de género. En N. Fuller (Eds.), *Paternidades en América Latina* (pp.215-240). Lima, Perú: Fondo Editorial PUCP
- Dienhart, A. (1998). *Reshaping Fatherhood. The Social Construction of Shared Parenting*. Londres, Reino Unido: SAGE Publications.

- Di Gesu, M., Leunda, S., Portugheis, C., & Sosa, P. (2005). La estructura familiar en familias con un hijo discapacitado. *Psicología y Salud*, 15(2), 263-269.
- Domecq, G. (2010). *Construcción y validación de una escala para medir el compromiso paterno* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. México: Mc Graw Hill.
- Fernández, S., & Muñoz, J. (1999) Las familias en el proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrevenido. *Revista Electrónica de Psicología*, 1(1), 1-14.
- Figuroa, J.G. (2000). Algunos elementos del entorno reproductivo de los varones al reinterpretar la relación entre salud, sexualidad y reproducción. *Mujer Salud/Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe*, 3, 60-72.
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Flick, U. (2014). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. Los Angeles, Estados Unidos: SAGE publications.
- Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Flouri, E. (2008). Fathering and adolescent's psycho-social adjustment: The role of father's involvement residence and biology status. *Child Care Health and development*, 34(2), 152-161.
- Fuller, N. (2005). Impases de la paternidad. *Transiciones: Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, 10, 125-132
- Fuller, N. (2001). *Masculinidades: cambios y permanencia. Varones de Cuzco, Iquitos y Lima*. Lima, Perú: Fondo Editorial PUCP.

- Fuller, N. (2000). Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. En N. Fuller (Eds.), *Paternidades en América Latina* (pp. 35-90). Lima, Perú: Fondo Editorial PUCP.
- Franklin, C., & Ballau, M. (2005). Reliability and validity in qualitative research. En: Grinnell, R. & Unrau, Y. (Eds.). *Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches*. (pp.438-449). Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Freemann, A. & Reinecke, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao, España: Desclée Brouwer.
- Friedman, R. & Chase-Lansdale, P. (2002). Chronic adversities. En M. Rutter, & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 261-276). Oxford, Estados Unidos: Blackwell Science.
- Gastó, C., & Vallejo, J. (2000). *Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión*. Barcelona, España: Masson.
- Geenen, G., & Corveleyen, J. (2014). *Vínculos protectores: Apego en padres e hijos en vulnerabilidad*. Lima, Perú: Fondo Editorial PUCP
- González, F. (2002). La subjetividad: su significación para la ciencia psicológica. En: *Por uma epistemología da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais* (pp. 19-42). Sao Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo
- González, F. (2003). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. Sao Paulo, Brasil: Edu.
- González, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información*. México D.F.: Mcgraw-Hill

- Gottfried, A. (2013). A transactional model of parental involvement and children's achievement from early childhood through adolescence. *Parenting: Science & practice, 13*(2), 133-152
- Guardia, J. (2010). *Ansiedad y afrontamiento en cuidadores de pacientes con esquizofrenia* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Hovey, J. (2003). The needs of fathers parenting children with chronic conditions. *Journal of pediatric oncology nursing, 20*(5), 245-251.
- Ingalls, P. (2001). *Retraso mental. La nueva perspectiva*. México: El Manual Moderno.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental*. (Informe N°. 18) Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>
- Janto (2015). *La paternidad: una creación compartida. Descubrimiento y construcción de la paternidad en ocho padres primerizos de Lima* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Jara, C. (2014). *Experiencia emocional de hermanos adolescentes de niños con trastorno del espectro autista* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Jiménez, M. (2001). *La reproducción de los varones en México. El entorno sexual de la misma. Estudios de casos* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Coyoacán, México
- Kalikztein, B. (2000). *Experiencia subjetiva de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia* (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Kantor J. (2003). *La envergadura paterna, denominación y procedencia*. Presentado en I Congreso de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes. Lima, Perú
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., & Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 185-193.
- Kessler (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191- 214.
- Laursen, B, Coy, K., & Collins, W. (1998) Reconsidering changes in parent-child across adolescence: A meta-analysis. *Child development*, 69(3), 817-832
- Leff, J. (1995). *Pregnancy, the inside story*. Londres, Reino Unido: Jason Aronson Inc.
- Lupton, D., & Barclay, L. (1997). *Constructing fatherhood, discourses and experiences*. Londres, Reinod Unido: SAGE Publications.
- Mantilla, C. (2014). El vínculo de apego como escenario para el desarrollo de la cognición social temprana. En P. Quintanilla, C. Mantilla, & P. Cépeda (Eds.), *Cognición social y lenguaje* (pp. 351-370). Lima, Perú: Fondo Editorial PUCP
- Marcos, C. (2010). *Representaciones mentales de la paternidad en padres varones adolescentes* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú
- Marsiglio, W. (1991). Paternal engagement activities with minor children. *Journal of marriage and the Family*, 53, 973-986.
- McBride, B.; Schoppe, S.; Ho, M., & Rane, T. (2004) Multiple determinants of father involvement: An exploratory analysis using the PSID CDS Data Set. En R. Day & M. Lamb (Eds.), *Conceptualizing and measuring father involvement*. (pp. 281-298). Londres: Reino Unido: Lawrence Erlbaum Associates.

- Márquez, L. (2007). Metodología cualitativa o la puerta de entrada de la emoción en la investigación científica. *Liberabit*, 13(13), 53-56.
- Melo-Vega, C. (2009). *Autopercepción en un grupo de mujeres con intento suicida* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Méndez, F., Olivares J., & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. Caballo, & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid, España: Pirámide.
- Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks, CA, Estados Unidos: Sage.
- Moore, T. (2004). Predictors of urban fathers' involvement in their child's health care. *Pediatrics*, 113(3), 574-580.
- Nurmi, J. (2004). Socialization and self-development. En: R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 85-125). New Jersey, Estados Unidos: Wiley.
- Oiberman, A. (1998). *Padre-bebé, el inicio de una relación*. La Plata, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.
- Olavarría, J. (2000). Ser padre en Santiago de Chile. En N. Fuller *Paternidades en América Latina* (pp. 129-173). Lima, Perú: Fondo Editorial PUCP
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Understanding suicide fact sheet*. Recuperado de la web el 24 de octubre del 2016: http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/suicide_factsheet2008.pdf.
- Ortega, P.; Garrido, A., & Salguero, A. (2005). Expectativas y maneras de vivir la paternidad con niños discapacitados. *Psicología y Salud*, 2, 263-269.

- Ortega, P. Torres L., Garrido, A., & Reyes, A. (2012). La paternidad en un entorno diferente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2) 722-740.
- Palkovitz, R. (2002) Involved fathering and child development: Advancing our understanding of good fathering. En N. Cabrera (Eds.), *Handbook of Father Involvement. Multidisciplinary perspectives* (pp. 119-140). New Jersey, Estados Unidos: Laurance Erlbaum Associates.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13,13-28.
- Parrini, R. (1999). Paternidad en la adolescencia: estrategias de análisis para escapar del sentido común ilustrado. Explorando la cuadratura del círculo. En: *Informe final del concurso: Democracia, derechos sociales y equidad; y Estado, política y conflictos sociales. Programa Regional de Becas CLACSO*. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/1999/parrini.pdf>
- Patton, M. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*. (2da ed.). California, Estados Unidos: SAGE Publications.
- Paz, M., & Bermúdez, A. (2006). *Manual de psicología clínica infantil*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Quispe, L. (2014). *Clima social familiar en pacientes con esquizofrenia y en uno de sus familiares*. (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y Emoción*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Rodrigo, J., Máiquez, L., García, M., Mendoza, M., Rubio, A., Martínez, A., & Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicotema* 16(2), 203-210.

- Salgado, A. (2007) Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78
- Salguero, M. (2006). Significado y vivencia de la paternidad en algunos varones de los sectores económicos medios en la ciudad de México. En J. Figueroa, L., Jimenez & O. Tena (Eds). *Ser padres, esposos e hijo: prácticas y valoraciones de varones mexicanos* (pp. 57-94). México: El Colegio de México.
- Salguero, A. & Frías, H. (2001). Reflexiones en torno a la paternidad responsable y la crianza de los hijos. En J. Figueora (Eds.). *Elementos para un análisis ético de la reproducción* (pp.275-299). Coyoacán, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Seidler, J. (2005). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. *Debate feminista*, 11, 78-111.
- Shaffer, D., & Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en los niños y adolescentes*. Barcelona, España: Ars Medica.
- Shea, T.M, & Bauer, M.A. (2000). Educación especial. Un enfoque ecológico. México: McGraw-Hill.
- Sinay, S. (2004). *Ser padre es cosa de hombres. Redescubriendo y celebrando la paternidad*. México: Océano de México.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. En Feldman, S., & Elliott, G. (Eds.): *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Steinberg, L. (2001) We know some things: adolescent-parent relationship in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescent*, 11, 1-19.
- Steinberg, L., & Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.

- Taylor, S., & Bodgan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona, España: Paidós.
- Teixeira y Nascimento (2014). Aspectos psicossociais da construção da identidade paterna. *Revista Psicologia: Teoría e Práctica*, 16(1), 57-68.
- Toro, J. (2010). El adolescente y la familia. En J. Toro (Eds.), *El adolescente en su mundo: riesgos, problemas y trastornos* (pp. 97-108). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Ugarte, D. (2000). Paternidad y desafío actual. *Páginas*, 24(155), 23-28
- UNICEF. (1991). *Menores en circunstancias especialmente difíciles*. Santiago de Chile, Chile
- Varela, M. (Junio, 2000). Modalidades en el ejercicio de la paternidad y violencia. En: *Trabajo presentado en la III Jornadas de la Federación Argentina de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*. Buenos Aires, Argentina.
- Vásquez-Barquero, J. (2008). *Los trastornos depresivos*. Barcelona, España: Elsevier.
- Vázquez, C., Hernangómez, L.; Hervás, G., & Nieto (2006). Evaluación de la depresión. En V. Caballo (Eds.), *Manual para la evaluación conductual de los trastornos psicopatológicos*. Madrid, España: Pirámide
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Volnovich, J.C. (2000). *Claves de infancia: Ética y género en la clínica psicoanalítica*. Rosario, Argentina: Homo sapiens.



APÉNDICES



Apéndice A

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por **Milagros Rocío Saldaña Tumbay**, alumna de la **Pontificia Universidad Católica del Perú**. El objetivo de este estudio es explorar la experiencia emocional de padres de familia cuyos hijos presentan sintomatología depresiva.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una entrevista, lo que tomará 90 minutos de su tiempo aproximadamente. La entrevista será grabada, así la investigadora podrá transcribir las ideas que usted haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

Las entrevistas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que usted da su consentimiento expreso para poder proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, usted es libre de formular las preguntas que considera pertinentes. Además puede finalizar su participación en cualquier momento del estudio sin que esto presente algún perjuicio para usted. Si se sintiera incómodo, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de las personas a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Muchas gracias por su participación.

Yo _____, acepto participar de forma voluntaria en esta investigación llevada a cabo por la estudiante de Psicología Clínica Milagros Saldaña.

He sido informado del objetivo del estudio, así como de la confidencialidad de la información que brindaré a continuación.

Milagros Saldaña
Investigadora

Lupe Jara
Asesora de Tesis

Evaluado

Apéndice B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Ficha de datos N° __

Edad: ____

Estado civil: **(Marque con una “X”)**

Soltero __ Divorciado __ Conviviente __

Casado __ Viudo __

Grado de instrucción: **(Marque con una “X”)**

Primaria incompleta __

Primaria completa __

Secundaria incompleta __

Secundaria completa __

Técnico incompleto __

Técnico completo __

Superior incompleta __

Superior completa __

Antecedentes psiquiátricos:

(Marque con una “X”)

Sí __

¿Usted o algún familiar? _____

¿Qué antecedente? _____

No __

Ocupación: _____

Número de hijos: _____

Edades de los hijos

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

¿Vive con su(s) hijos(s)? **(Marque con una "X")**

Sí _____ No _____

Posición ordinal del hijo(a) que trae a consulta _____

Edad del hijo(a) que trae a consulta _____

Diagnóstico del hijo(a) que trae a consulta _____

Tiempo que trae a su hijo(a) a consulta _____

¿Fue un hijo(a) esperado(a)? **(Marque con una "X")**

Sí _____ No _____

Datos de su pareja

Edad: _____

¿Viven juntos? **(Marque con una "X")**

Sí _____ No _____

Tiempo que viven juntos: _____

Ocupación: _____

Antecedente psiquiátrico **(Marque con una "X")**

Sí _____ ¿Qué antecedente? _____

No _____

Apéndice C

ENTREVISTA

1. Contexto familiar

a. Dinámica familiar

b. Imagen del menor

¿Cómo imaginaba a su hijo antes de que nazca?

¿Qué planes tenía para su hijo para el futuro? ¿Se ha desarrollado como usted lo esperaba?

¿A qué cree que se deba a que sí o que no?

¿Cuáles fueron/son sus expectativas respecto a él?

¿Cómo se ve como padre más adelante?

c. Antecedes familiares psiquiátricos

¿Cómo fue la vivencia?

¿Recuerda que a usted le haya sucedido algo parecido? ¿Y cuándo tenía la edad de su hijo?

¿Cómo se sentía respecto a estos síntomas? ¿Cómo reaccionaron sus padres ante estos síntomas?

2. Experiencia emocional de la paternidad en torno a la sintomatología depresiva

¿Cuál fue la razón por la cual empezó a traer a su hijo al hospital?

¿Cuándo empezó a pensar que su hijo necesitaba la atención de un especialista?

¿Cuáles fueron los primeros síntomas? ¿Qué pensó al respecto?

¿Quién se dio cuenta de éstos síntomas?

¿Cómo se manifiestan estos síntomas actualmente?

¿Cómo ve usted a la depresión? ¿Por qué?

¿Qué espera usted del tratamiento?

¿Cuál fue la reacción inmediata ante los síntomas que manifestaba el menor? ¿Qué sintió al respecto?

¿Qué sintió al ver a su menor hijo inmerso en los síntomas que ha mencionado?

Ante el diagnóstico de depresión ¿qué fue en lo primero que pensó? ¿Qué fue lo primero que sintió? ¿Por qué?

¿Qué significa para usted tener un hijo que presenta los síntomas mencionados?

¿Cuáles son las emociones que experimenta con mayor frecuencia respecto a la sintomatología de su hijo?

3. Relación con el hijo que presenta sintomatología depresiva

¿Cómo es convivir con un hijo con sintomatología depresiva?

¿Cómo se siente vivir con un hijo con sintomatología depresiva?

¿Qué cambios ha habido en su vida desde la presentación de la sintomatología depresiva en su menor hijo? (Indagar distintos ámbitos: social, físico, económico) ¿Y cómo le hace sentir esto?

¿Qué cambios ha habido en la vida de su menor hijo desde la presentación de la sintomatología depresiva? ¿Cómo lidia con estos cambios? ¿Cómo se siente con estos cambios?

¿Cómo apoya a su menor hijo desde que presentó la sintomatología depresiva? ¿Cómo le hace sentir poder apoyarlo de esa forma?

¿Qué cuidados le brinda a su hijo? (alimentos, vestido, salud, escolaridad)

¿Cómo cree que sería ideal apoyarlo?

¿Cuáles son las principales satisfacciones que siente acerca del cuidado que le brinda a su hijo en este momento? ¿Cómo se siente al respecto?

¿Cuáles son las principales decepciones que siente acerca del cuidado que le brinda a su hijo en este momento? ¿Cómo se siente al respecto?

¿Qué es lo más difícil de tener un hijo con depresión?

Pregunta de cierre

¿Quisiera mencionar algo más en relación a cómo se siente como padre de convivir con hijo con sintomatología depresiva?



Apéndice D

FRASES INCOMPLETAS

Instrucciones: A continuación hay siete frases incompletas. Lea cada una y complétela con lo primero que venga a su mente. Trabaje tan rápido como le sea posible. En caso de que no pueda completar una, encierre el número correspondiente en un círculo y complétela después.

1. Mi hijo _____
2. Comparado con los demás adolescentes, mi hijo _____

3. Si mi hijo tan solo _____
4. Mi hijo y yo _____
5. Desearía que mi hijo _____
6. Cuando veo a mi hijo _____
7. Siento que mi hijo _____