

EFFECTOS EN LA IDENTIDAD PERSONAL DE LAS MADRES DE PACIENTES
DIAGNÓSTICADOS CON UN TRASTORNO PSICÓTICO.

AUTOR: DANIELA ECHAVARRÍA ZEA.

ASESOR: JULIETA ANDREA BEDOYA MORENO.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

EFFECTOS EN LA IDENTIDAD PERSONAL DE LAS MADRES DE PACIENTES
DIAGNÓSTICADOS CON UN TRASTORNO PSICÓTICO.

AUTOR: DANIELA ECHAVARRÍA ZEA.

ASESOR: JULIETA ANDREA BEDOYA MORENO.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2018

Agradecimientos

Tabla de contenido. Abstract;Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS	12
3.1. Objetivo General	12
3.2. Objetivos Específicos.....	13
4. ANTECEDENTES EMPÍRICOS	13
5. MARCO TEÓRICO.....	17
5.1 El enfoque posracionalista	17
5.2 Emociones	18
5.3 Identidad Narrativa	20
5.3 La psicosis	21
5.4 Familias	24
6. METODOLOGÍA	25
6.1 población y muestra	26
6.2 Técnicas de recolección de información	27
6.3 Procedimiento	28
6.4 Procedimiento de Análisis de la Información	28
6.5 Aspectos Éticos	28
7. RESULTADOS	31
8. DISCUSIÓN.....	39
9. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
10. CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS.....	45

ANEXOS.	
49 Resumen.	

El objetivo de la investigación fue describir los efectos en la identidad narrativa y los cambios en la calidad de vida de las madres de pacientes con diagnóstico de psicosis. Para la determinación del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta el tiempo del diagnóstico del paciente y

el tiempo de convivencia con la madre. La muestra estuvo conformada por 4 madres de pacientes diagnosticados con un trastorno psicótico.

Dentro de los resultados se resaltan 5 categorías de análisis que se refieren a las experiencias de vida, la sociabilidad de las madres, las redes de apoyo, la calidad de vida y el estado de ánimo. Los resultados sugieren en las madres un deterioro y un cambio de vida como madres y como personas, en ámbitos tanto individual como social. Observándose resultados importantes como los aspectos más deteriorados en su vida que son el cuidado personal, el tiempo para ellas mismas, las desmejoras en su salud física, en su calidad de vida, en su vida social, familiar y de pareja.

Palabras clave: Psicosis, madres, narrativa, calidad de vida.

Abstract

Objective Describing the effects on the narrative identity of the mothers of patients with diagnosis of psychosis **Methodology** Data were collected between the second academic semester of 2018 and the first of 2019. The determination of the sample size took into account the time of the patient's diagnosis and the time of coexistence with the mother. The sample consisted of 4 mothers of patients diagnosed with a psychotic disorder. **Results** Five categories of analysis were highlighted

in which the narratives of the mothers were observed. Experience Of Life, in this category are exposed aspects such as the daily lives of mothers and the strategies they have used to face reality since their children were diagnosed with some psychotic disorder. sociability, in this category are evidenced the activities carried out by mothers for the sake of their personal life in the social sphere. Support Networks: In this category the support networks are exposed at the personal and professional level with which the mothers count. In this category, changes and needs will be presented at the personal level of mothers, their health and their interests. The state of mind in this category exposes the emotions, feelings and attitudes that are permanent or more frequent in mothers. Discussion The results suggest in mothers a deterioration and change of life as mothers and as individuals, both individually and socially. The most impaired aspects of their lives were found: personal care, time for themselves, which are detrimental to their physical health, quality of life, social, family and couple life.

Keywords: Psychosis, mothers, narrative, quality of life.

INTRODUCCIÓN.

El propósito de esta investigación es ofrecer una descripción desde el posracionalismo de los cambios en la identidad personal de las madres de pacientes diagnosticados con un trastorno psicótico, ya que a nivel general, la intervención a los familiares de pacientes con esquizofrenia cuenta solo con avances constantes en la psicoeducación, que trata a las familias para generar mejoras tanto en ellos como en el paciente diagnosticado; sin embargo, este tipo de acercamientos

no se centra en la madre, siendo ella quien lleva una carga diferente en el diagnóstico de un trastorno psicótico de un familiar, en este caso el hijo.

Para ello se pretendió describir los efectos en la identidad narrativa de las madres de pacientes con diagnóstico de psicosis indagando sobre ¿Cuáles son los efectos emocionales en la identidad personal de las madres de pacientes diagnosticados con un trastorno psicótico? Ya que se ha hecho evidente la necesidad de que las madres en su rol de cuidadoras cuenten también con un apoyo constante y profesional que ayude a su vez a una cotidianidad más estable del paciente, teniendo en cuenta que la disminución de la salud mental de quienes cumplen con el rol de cuidadores afecta notablemente la cotidianidad del paciente diagnosticado, generando estresores y un ambiente hostil que detona las recaídas del sujeto.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

“Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos” (Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales DSM 4, p. 279). Se entiende por lo anterior que la psicosis es una patología que puede surgir a partir de causas tanto psíquicas como orgánicas; el trastorno psicótico o los brotes psicóticos, son un posible indicador de enfermedad mental en el sujeto y también hacen las veces de alarmar el contexto del mismo respecto al posible abuso en el consumo de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas; de igual manera evidencian la afectación que pueden estar generando diferentes factores ambientales, los cuales perjudican la estabilidad emocional y cognitiva de dicho sujeto. Además, el DSM 4 también plantea que la psicosis genera un gran malestar en el sujeto, a nivel emocional, comportamental y cognitivo; lo que puede evidenciarse en la alteración de la conducta, la interacción social, las alteraciones de juicio, las alucinaciones, los delirios, los desórdenes graves del sentido de la realidad, los cambios en la personalidad, los trastornos del pensamiento, la dificultad para concentrarse, el estado de ánimo deprimido, los cambios en el sueño, la ansiedad, el recelo, el aislamiento, el lenguaje desorganizado y los pensamientos o acciones suicidas (Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales DSM 4).

Se evidencia a través de la historia y a partir de la descripción de esquizofrenia de Kraepelin (como se citó en Novella, 2010), que ya casi nadie cuestiona su entidad como trastorno independiente, ni su consideración como problema sanitario, científico y social; manifestándose esto en una mínima producción de artículos dedicados al estudio de la psicosis. Sin embargo,

cabe resaltar el interés de la psicología en estudiar trastornos como la esquizofrenia, ya que en la actualidad aún sigue considerándose la inexistencia de una causa específica para esta, y se acepta, por lo general, que su etiología se da en una compleja interacción entre factores genéticos y exógenos (Díaz, 2010). El delirio, por ejemplo, siendo definido como “una creencia falsa basada en la realización de inferencias incorrectas sobre la realidad externa, creencias que se sostienen con firmeza a pesar de lo que creen casi todos los demás y a pesar de lo que constituye una prueba o evidencia obvia e indiscutible de lo contrario es una muestra certera de lo anterior, ya que se aprecia como el pensamiento, la atención y la alerta fallan, por mencionarlo así, al mismo tiempo en el sujeto (Fernández Prieto, 2010).

Guidano en el año 1994 plantea que desde la psicología posracionalista este término se comprende a partir de las maneras de procesar un mismo significado personal, no se ve la psicosis como entidad en sí misma o una que esté diferenciada en las categorías de psicosis – neurosis – normalidad. Al mismo tiempo, se conoce que en la psicosis se aumenta la rigidez y se deteriora de forma significativa la capacidad de integración, que es conocida como la posibilidad que tiene el ser humano para lograr observarse en diversos aspectos y momentos de su vida; logrando percibir una coherencia en lo observado que es en última instancia lo que conserva una continuidad en el tiempo (Guidano, 1994). En concreto, lo que se evidencia es que el nivel de integración se ve afectado debido a que no alcanza a tener un sentido fuera de esta unicidad; siendo lo que queda por fuera de la misma, el síntoma psicótico; en concreto esta percepción es algo que el sujeto no logra integrar a su imagen, volviéndose así, una alucinación, ya que la información recibida por la persona viene del exterior. En el caso del delirio lo que se presenta es un desborde, exageración en ideas y experiencias; se manifiestan claramente deficiencias en la integración, en el poder reconocer su ciclo de vida como un continuo; la persona no tiene una

imagen clara, consciente, única de sí mismo en el instante, pierde el sentido de coherencia y de su vida pasada, viendo esto de manera fragmentada.

Conviene precisar los estudios que se han evidenciado en relación a las familias de pacientes psicóticos; en quienes se centra el propósito del presente proyecto de investigación, evidenciando en las investigaciones que las características más relevantes que tienen los integrantes de las familias son desviaciones en la comunicación, imposibilidad para admitir los conflictos familiares que se presentan, reacciones de duelo sin resolver, dificultades en la delimitación externa – interna e insuficiencia en la interrelación (Robert et al, 2004). Se evidencia también, que las personas con esquizofrenia que hacen parte de una familia donde se presentan niveles elevados de censura, hostilidad o implicación excesiva, tienen recaídas con mayor frecuencia que las personas que provienen de un núcleo familiar en el cual se expresan en menor frecuencia las emociones (Díaz, 2010).

Teniendo en cuenta que las familias sufren este tipo de consecuencias a nivel personal a causa de tener un familiar diagnosticado con una enfermedad mental compleja como la psicosis, se hace necesario abordar los efectos emocionales en la identidad personal de sus familiares, específicamente en la madre. Por lo tanto, se abordará la identidad personal y será entendida según Arciero (2005) como aquello que situamos en la distinción de dos modos de permanecer en el tiempo; uno de ellos es el “mí mismo” – la mismidad y, el otro, es “el reconocimiento de sí mismo en la experiencia” – la ipseidad; siendo finalmente la articulación de ambos modos lo que se considerará la identidad narrativa.

Dentro de este contexto entonces se encuentra la identidad personal, que desde el constructivismo es vista como aquello que solo puede entenderse desde la comprensión de

factores que coexisten con esta al constituirse; tales como las situaciones que vive el sujeto, sus relaciones significativas, las características propias del mismo, sus recursos y la cultura en la que participa; así pues, la identidad personal se construye constantemente en relación al mundo social y al mundo interno del sujeto, por lo cual esta implica tanto un auto concepto como una idea de mundo que crea el sujeto a través de su relación con el entorno (Henríquez, 2011).

Recapitulando todo lo anterior se evidencia un interés de la psicología en el diagnóstico y tratamiento del trastorno psicótico y también una gran necesidad de estudiar y profundizar las posibles maneras de afrontar esta situación que le quedan al cuidador; ya que se evidencia, en las pocas investigaciones halladas que, es en ellos donde finalmente se sitúa el malestar trabajable y sensible a modificaciones (Sanz et al., 2015).

Es preciso entonces preguntarse sobre los efectos de este diagnóstico, no en el paciente sino en la madre, quien generalmente adopta el rol del cuidador, en su individualidad como persona, las alteraciones que posiblemente sufra a nivel emocional y en sus maneras particulares de vivir. Lo cual lleva a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los efectos emocionales en la identidad personal de las madres de pacientes diagnosticados con un trastorno psicótico?

2. JUSTIFICACIÓN.

El interés del presente proyecto de investigación se basa en la importancia que presenta para la intervención psicológica la salud mental de los cuidadores de pacientes diagnosticados con psicosis, ya que en los estudios revisados se evidencia que el apoyo familiar es necesario en el proceso estabilizador del paciente.

Por otra parte, también se ha hecho evidente que la disminución de la salud mental de quienes cumplen con el rol de cuidadores afecta notablemente la cotidianidad del paciente diagnosticado, generando estresores y un ambiente hostil que detona las recaídas del sujeto.

La importancia del presente estudio para el enfoque posracionalista nace de la poca intervención que se ha hecho desde esta corriente al tema en mención; y de la necesidad de llegar a comprender lo que afecta al sujeto que hace las veces de cuidador; a partir de la narrativa, su organización de significado personal y su subjetividad. Entendiéndose que es a través del posracionalismo como consideramos que se logra profundizar en la emocionalidad de las madres, logrando dejar así, también otros modos de intervención o puntos a intervenir en posibles futuros trabajos con las madres en mención.

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

Describir los efectos en la identidad narrativa de las madres de pacientes con diagnóstico de psicosis

3.2. Objetivos Específicos.

Determinar las emociones prevalentes en la experiencia de las madres que tienen un hijo con diagnóstico de psicosis.

Indagar sobre las áreas de mayor afectación en la experiencia de vida de las madres de pacientes psicóticos.

Analizar las narrativas de las participantes en torno a la experiencia de ser madre antes y después del diagnóstico de psicosis de su hijo.

4. ANTECEDENTES EMPÍRICOS.

Chakraborty, Bathia, Anderson,. Nimgaonkar y Deshpande, realizaron un estudio en Nueva Delhi, India en 2013 y su objetivo era determinar si la carga de atención era mayor para familias con más de un miembro enfermo (múltiple) que para familias con un solo individuo afectado (simplex). Utilizaron una metodología cualitativa y los participantes fueron evaluados con el programa de Evaluación de la Carga (BAS) y la Check List de afrontamiento (CCL). Finalmente, la investigación concluye que los cuidadores de las familias se quejaron de mayor carga sobre los dos dominios de la BAS, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a la CCL.

En Madrid Sanz, Moya, Usaola, Gironés, Aparicio y de Vega, en el año 2015, realizan un estudio de las intervenciones realizadas durante 13 años en un Centro de Salud Mental, los autores analizaron las características de la derivación a terapia familiar, las características sociodemográficas y clínicas del paciente, la dinámica y estructura de las familias y de las intervenciones realizadas; para lo cual se tiene una muestra de 285 familias, evaluadas mediante el protocolo AD HOC que contiene variables y opciones de respuesta excluyente. Con lo que se obtuvo como resultado que los familiares eran derivados al programa al observar dinámicas familiares alteradas, familias aglutinadas o desligadas y problemas de relación de pareja. Dificultades de comunicación, divorcios, alineación de hijos y una no diferenciación de roles.

En Barcelona, Adrián José Hinojosa y Juan Luis Linares en el año 2017, plantean una investigación cualitativa en la cual se estudian 20 familias con un miembro diagnosticado con psicosis, su metodología consistía en sesiones en las que se analizaban patrones relacionales recurrentes con el fin de detectar las secuencias relacionales que respondan a las teorizaciones sobre la desconfirmación aportada por teorías sistémicas sobre la psicosis; obtuvo como resultado cuatro modalidades de desconfirmación que mostraban las diferentes maneras en las que el trastorno psicótico se expresaría a nivel sistémico relacional.

Sánchez, Jaramillo y Herazo (2013), investigaron el efecto de las intervenciones familiares sobre la recaída y la rehospitalización en la esquizofrenia: un meta análisis; utilizaron una metodología cualitativa para desarrollar su objetivo de investigación que era evaluar por medio de un empeoramiento significativo de los síntomas o rehospitalización en los primeros años después de la hospitalización, la efectividad de la inclusión de parientes en el tratamiento de la esquizofrenia que planteaban algunas intervenciones; para lo cual se investigaron a través de entrevistas, los programas de intervención que proponen educar a los familiares de dichos

pacientes para sobrellevar la enfermedad. Como resultado se obtuvo que la tasa de recaída puede reducirse en un 20 por ciento si familiares de pacientes con esquizofrenia se incluyen en el tratamiento, si las intervenciones continuaron durante más de 3 meses y, además, diferentes tipos de intervenciones familiares integrales tienen resultados similares. El enfoque bifocal, que ofrece apoyo psicosocial a familiares y pacientes con esquizofrenia además del tratamiento médico, fue claramente superior al tratamiento estándar solo con medicación. Lo cual indica que las intervenciones psicoeducativas son esenciales para el tratamiento de la esquizofrenia.

(Roldan, Salazar, & Garrido, 2015) España. En su investigación Intervención psicológica grupal, basada en la aceptación y el entrenamiento en comunicación, con familiares de personas con trastorno mental grave, realizada en España evaluaron la eficacia de la intervención grupal para la disminución de problemas psicológicos de familiares que conviven con pacientes con trastorno mental grave en la que participaron ocho madres y un padre cuyos hijos recibían tratamiento en un Hospital de día de Salud Mental, a través del inventario de ansiedad de Beck, el inventario de depresión de Beck-II, la escala de estrés percibido, el cuestionario de salud SF36, el inventario de estrategias de afrontamiento y el inventario de aserción como métodos de recolección de datos. Los participantes asistieron a 20 sesiones de tratamiento psicológico grupal en las que se trabajó la aceptación y el desarrollo de competencias. Como resultado significativo se resaltó que los participantes después de la intervención aumentaron la conducta asertiva y el uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas; y disminuyeron los niveles de estrés psicológico y de depresión.

Gasca, Martínez, Jiménez & Ruíz, (1997). Realizaron un estudio cualitativo en México, sobre la necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos, el cual tenía como objetivo describir cuál es el costo o la carga para el cuidador

del paciente. Estudio de tipo descriptivo y prospectivo, de estudios de caso con una muestra de tipo circunstancial, que fueron familias contactadas en la consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel; como instrumentos para realización se utilizaron la cedula de evaluación de conducta del paciente (SBAS) instrumento estandarizado semiestructurado, la (CIDI) entrevista diagnostica estructurada para la evaluación de trastornos mentales, cuestionario (ad hoc) para evaluar la concepción de enfermedad mental del familiar responsable del paciente y los criterios diagnósticos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación psiquiátrica americana. También se tuvo en cuenta la opinión del familiar en las siguientes áreas: causalidad de la enfermedad, tipo de enfermedad, percepción del futuro de la enfermedad, percepción social y familiar, tipo de carga o costo familiar, percepción de apoyo o ayuda al paciente y actitudes hacia la enfermedad; todo lo anterior mostró como resultados principales un porcentaje más alto de madres cuidadores y un costo emocional más alto que el costo económico.

Díaz Martínez, Rascón Gasca, Ortega González, Murow Troice, E., Valencia & Ramírez (2013). En su investigación cualitativa, relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social; realizada en México en el año 2018. El cual tiene como objetivo mostrar la relación entre el tipo de Emoción Expresada por el familiar responsable y la Conducta Sintomática, así como con el funcionamiento Social del paciente con esquizofrenia; es un diseño transversal, de una muestra no probabilística y de tipo circunstancial. La muestra elegida fueron 33 familiares responsables de pacientes con esquizofrenia; los instrumentos empleados fueron la (SBAS) cedula de evaluación de la conducta del paciente y un cuestionario acerca de la emoción expresada, obteniendo como resultado principal que los familiares con una emoción expresada

alta observaron un mayor descuido personal, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte del paciente, en tanto que los familiares con emoción expresada baja reportaron más miedos o temores, olvidos, dependencia e ideas extrañas como las conductas problemáticas en las personas enfermas.

5. MARCO TEÓRICO.

A continuación, se exponen los principales referentes del marco teórico para este proyecto de investigación. Se aborda el tema del enfoque posracionalista y los elementos constitutivos de la identidad narrativa, la psicosis y finalmente se aborda el tema de la familia y la afectación de la misma al tener un miembro psicótico.

5.1 El enfoque posracionalista.

El enfoque posracionalista de la psicología empieza a aparecer en el siglo XX con Vittorio Guidano, haciendo énfasis desde su nombre al entendimiento del ser humano como un entendimiento afectivo antes que de lenguaje reorganizado; asumiendo de esta manera que la razón no deja de ser importante y necesaria, pero si desaparece la idea de que es esta lo único y deja de estar en una posición fundamental. Se han evidenciado en la consolidación de ésta,

cambios en la idea de paciente, terapeuta y la manera de asumir la terapia; centrándose ahora en la experiencia personal del paciente, guiándolo para que su historia aprenda a narrarse en primera persona, a través de técnicas que llevan la terapia a sesiones de exploración de la experiencia del mismo para que así, posteriormente el paciente pueda reordenarla y recuperar su regulación emocional.

En este enfoque también se encuentran autores como Giampiero Arciero (2005). Que enuncia el sentido de discontinuidad del self en el proceso continuidad – discontinuidad. Proponiendo los siguientes aspectos, la comprensión del significado como pre reflexivo, la configuración de la experiencia central, el interés en la continuidad histórica más que en la continuidad del sentido de sí mismo y la descentralización de las categorizaciones

Se conoce también Juan Balbi, quien hace énfasis en mantener intactas las nociones básicas del enfoque, que son la auto organización y la epistemología evolutiva las cuales están conectadas con el vínculo y propone también diferencias entre la mismidad y la mismiedad (término acuñado por el mismo), procurando así la capacidad explicativa desde la tercera persona de la experiencia en primera persona (Arciero, 2005).

5.2 Emociones.

Las emociones en general, han sido identificadas desde otras áreas diferentes a la psicología como transversales a las mismas y, de suma importancia al momento por ejemplo, de obtener un aprendizaje como lo sustentan la neurobiología y la educación; al exponer que las emociones serían “capaces de reesculpir literalmente nuestro tejido neuronal” (Aránzazu Elizondo Moreno, 2018) por otra parte se encuentra en común entre los teóricos de la emoción, que estas tienden a

tener una intencionalidad, sirven también como mecanismo de defensa y protección, y existen no solo en los humanos adultos sino también en los bebés y en los animales.

Además se conoce que a través de las emociones el ser humano logra una socialización, comunicación y adaptabilidad a otros ambientes, personas o culturas que son ajenos a su cotidianidad, y se evidencian desde el posracionalismo las emociones como la clave para entender fenómenos que preocupan profundamente al sujeto; como la moral, la toma de decisiones racionales, los trastornos mentales y las bases neurobiológicas de la conducta. (Guidano, 1994)

Se deriva así mismo de las emociones, el hecho de emocionarse con otros como una dinámica de interacción que determina una posición recíproca, haciendo necesario identificar el contexto personal del significado que se establece y, entendiendo que además de guardar una emoción de cada momento, una persona es también la unión coherente de una historia de emociones que se actualiza en cada instante de la condición emocional en curso.

En relación a lo anterior y como resultado de las emociones, en el posracionalismo se encuentra que todas las personas tienen un estilo afectivo y un estilo de personalidad que pueden estar orientados interna o externamente y, son conocidos mayormente como las inclinaciones emocionales que se construyen como una forma de percibirse a sí mismo y la forma actual de manifestarse en el mundo.

Definiendo principalmente la inclinación inward como aquello que se centra en las propias emociones y sensaciones y, como un enfoque interno que evidencia que la actividad emocional servirá para orientar la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto, considerando también el contexto en el que se desenvuelve. (Arciero, 2005) Las personas con esta inclinación

emocional tienden a excluir las situaciones externas que no se asimilan con su experiencia y que ponen en riesgo la coherencia interna, las personas con esta inclinación emocional también tienden a utilizar mayormente las emociones básicas para evaluar el ambiente.

Por otra parte, las personas con una inclinación emocional outward tienden a necesitar una evaluación cognitiva para así orientar su comportamiento, presentando una construcción de la realidad centrada en un enfoque externo y obteniendo una activación emocional interpretada con ayuda de un referente que trataría de sincronizarse emocionalmente, necesitando a su vez la confirmación de normas externas para mantener su coherencia interna.

Por lo anterior, se concluye con el papel fundamental que tienen las emociones en la persona al momento de generar, o ir construyendo su propia identidad narrativa.

5.3 Identidad Narrativa.

En este enfoque encontramos la identidad narrativa, que es el producto que nace de la relación entre la organización de rasgos emotivos recurrentes y las estructuras intersubjetivas del sentido; brindando así la apropiación del mismo la oportunidad de articular y modular emociones recurrentes o intercurrentes, al reconfigurarlas en una estructura coherente de significados. Ésta media la lógica entre mismidad (percepción consciente de la continuidad propia, independiente de las situaciones contingentes) e ipseidad (conciencia inmediata del acontecer propio ligada a las circunstancias), por lo que irá estructurándose de diferentes maneras según esté polarizada hacia una u otra vertiente y en función de las diferentes relaciones entabladas con el mundo. Entendiendo así que de polarizarse hacia la mismidad la anulación de la posibilidad de integrar acontecimientos que existen al mismo tiempo en una totalidad que puede ser comprendida, producirá una profunda

activación de los temas emotivos básicos; mientras que si se polariza hacia la ipseidad la falta de coherencia narrativa causará una activación de estados internos experimentada de modo indiferenciado e incómodo y una búsqueda de nuevas estructuras externas de referencia que servirán de modelo para articular el sentido de la interioridad propia (Arciero, 2005).

5.3 La psicosis.

Según Guidano (1994), en la terapia posracionalista se plantea la psicosis como una manera de procesar un mismo significado personal, ya que en la nosografía propuesta por el enfoque procesal sistémico, se encuentran los siguientes aspectos principales: el primero es que el enfoque va únicamente hacia la evaluación procesal, guiando su interés hacia todo tipo de procesos y no hacia las entidades en sí mismas; como segundo aspecto principal se menciona que la nosología es evolutiva además de procesal y tiene como base en el enfoque del desarrollo en todo ciclo de vida del individuo.

Por otra parte, Guidano en una serie de conferencias compartidas en Chile (2001), plantea que desde el enfoque posracionalista no son los contenidos de conocimiento en sí mismos los que se tratan como normales, neuróticos o psicóticos, sino la manera de procesarlos, ya que cada contenido de conocimientos dependerá del significado personal del sujeto los procese. Lo que el posracionalismo plantea entonces, es que cada contenido de conocimiento podrá ser procesado según algunos parámetros establecidos de lo que es normal, neurótico o psicótico con respecto a cada Organización de Significado Personal, por ejemplo, un significado depresivo, fóbico, obsesivo o dápico.

En ese orden de ideas, se entendería como normal todo aquello que sea un procesamiento de conocimiento flexible y generativo, entendiendo que la generatividad depende de la capacidad

de abstracción, lo que significa que el sujeto podrá generar nuevas teorías, nuevos procesos y nuevas ideas de razonamiento, obteniendo como resultado de este procesamiento la autointegración, ya que todas las nuevas ideas y teorías creadas por el sujeto podrán ser integradas como unidad en el sentido de sí mismo y no quedan como pedazos por fuera de sí.

En el procesamiento neurótico en cambio, la flexibilidad se pierde un poco ya que es menos abstracto, más concreto y menos generativo; pero en el sentido de la integración, esta es conservada casi de igual manera que en el procesamiento normal.

Por otra parte en la psicosis se encuentra un aumento en la rigidez y una disminución en la capacidad de integración, por lo tanto el sujeto no llega a tener un sentido unitario y coherente de su propia identidad; prevaleciendo la sensación de algo que se queda por fuera de esa unidad, de esa identidad sistémica, o de esa imagen consciente que tiene de sí mismo, siendo esto que se queda afuera lo que se manifiesta como síntoma psicótico (alucinaciones, delirios).

Finalmente Guidano (2001) plantea que mientras el metalenguaje del significado sea interferido, poco abstracto y poco articulado, se generará una disminución en la capacidad de la visualización de la experiencia inmediata; teniendo como consecuencias una capacidad abstracta disminuida de manera que las situaciones emocionales intensas y las perturbaciones emocionales no pueden ser reconocidas ya que el sujeto tiene una trama rígida y poco articulada y en este las alteraciones emocionales se vuelven síntomas, como ejemplo, los ataques de pánico.

En otros aspectos también se evidencian alteraciones más graves de la interferencia, ya que surgen perturbaciones de la integración en las que se quiebra completamente esa correlación entre trama narrativa y regulación afectiva. Generando una desintegración entre lo que se experimenta y lo que se auto-refiere, evidenciando en el sujeto una experiencia de ruptura de la

continuidad de su vida; justamente es esta ruptura la que aún desde afuera se ve en el psicótico, y le es difícil acordarse de lo que era su vida antes, hay en él una discontinuidad masiva. Cuando la trama narrativa es interrumpida no se puede visualizar nada de la experiencia inmediata de sí mismo, no pueden ser visualizadas las emociones, ni las sensaciones y la mayor parte del lenguaje podrá mantenerse solo en el sonido, lo que es característico de las alucinaciones ya que los psicóticos manifiestan sus alucinaciones auditivas como un momento en el que no reconocen su pensamiento, este permanece en el sonido (Guidano, 2001).

Como lo plantea Giampiero Arciero (2005) en su libro estudios y diálogos sobre la identidad personal, el sí mismo a lo largo del tiempo regula la función intersubjetiva y la función de individuación, siendo la primera una participación en la práctica y el sentido, junto a lo que reconocemos las mismas capacidades de puesta en común e interioridad, y la segunda la experiencia singular de la relación consigo mismo, la experiencia privada inaccesible para el otro; manteniendo de esta manera la adaptación y la coexistencia de ambos aspectos (intersubjetividad y función de individuación) , ya que funcionan al mismo tiempo en procesos como la conversación, los sentimientos en común con el otro y el escuchar, siendo de esta manera como se logra entender al otro mientras se articula y desarrolla la individualidad propia.

Se comprende entonces que es en la ruptura de la cooperación y los acuerdos en la comunicabilidad de la experiencia donde se presenta el desligamiento de la sintonía con el mundo y con el otro y, la pérdida del sentido compartido, es esto lo que lleva a que en el sujeto se presenta en la psicosis.

Mostrándose en el ámbito de la fenomenología hermenéutica la psicosis como ese debate entre las características del pensamiento moderno y lo contradictorio de la reflexión inmediata

que muestra la persona; observándose así dos tipos de consciencia, una que se encuentra a sí misma como origen de todo sentido y tiene la idea de ser el centro del mundo, y por otra parte una consciencia que existe como objeto y es sometida a las leyes de la naturaleza. Generando esta coexistencia entre un sentimiento de centralidad y un sentimiento de ser una cosa entre las demás cosas.

5.4 Familias.

Según la Real Academia de la lengua española la Familia es un “Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas” (RAE, 2005). “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia” (Colombia, 1991)

“La familia se entiende como la unidad más básica de la sociedad, y en ella, se genera el desarrollo de valores, objetivos de vida e identidades, que permiten la adaptación del individuo a la sociedad. En esta unidad, se reconoce el establecimiento de vínculos con las demás esferas de socialización de los individuos, como en lo político, social, económico y cultural, tiene un papel de mediadora entre los individuos que la conforman y la sociedad” (ICBF- OIM, 2008, p. 21)

Se exponen también como tipos de familias más reconocidos en esta sociedad los siguientes, la familia nuclear en la que padre, madre e hijo comparten un espacio físico y un patrimonio común. La familia troncal o múltiple en la que varias generaciones conviven bajo el mismo techo. La familia extensa en la que conviven otros parientes colaterales, pertenecientes a distintas generaciones como abuelos, tíos, padres, sobrinos, nietos. La Familia monoparental que es la formada por un solo progenitor más un hijo o varios y esto puede ser por iniciativa propia,

fallecimiento o separación de un cónyuge y la familia reconstituida en la que el padre o madre con algún hijo forma nueva familia con otra pareja o cónyuge.

Por otra parte y ya que en nuestra sociedad la familia es una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, se rastrearon estudios sobre los procesos de interacción familiar con uno o más miembros diagnosticados con un trastorno psicótico en los cuales se encontró que las relaciones de poder y coalición, y las simbióticas generaban una alta permeabilidad de límites del rol, a la vez que también se evidenciaba una pobre articulación en la estructura de roles; en los padres esquizofrénicos se ha observado un déficit en su capacidad para compartir un foco de atención y adoptar la perspectiva de otro logrando comunicar un significado clara y precisamente. A través de la historia se ha registrado que en las familias perturbadas se presenta una mayor cantidad de afecto negativo, inconsistencia, hostilidad, hay alianzas parentales más débiles, frecuentes coaliciones padre-hijo o madre-hijo y poca flexibilidad en ejecución de tareas (Anales de psicología, 1990, p. 11-20).

6. METODOLOGÍA.

Esta investigación es cualitativa, de diseño fenomenológico y su alcance es descriptivo. Se enfoca en explorar y comprender los fenómenos desde la perspectiva de los participantes en relación con su contexto; teniendo como objetivo evaluar la forma en que los individuos experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus interpretaciones y significados (Sampieri, 2014). En el tipo de investigación cualitativo, no hay planteamientos iniciales específicos, ni preguntas de investigación definidas completamente; se comienza por indagar los hechos en sí para luego dar paso a generar una teoría que dé cuenta de lo observado, esta se trata

más de explorar y describir, para luego generar perspectivas teóricas yendo de lo particular a lo general y en la mayoría de estos estudios no se busca comprobar hipótesis sino generarlas durante el proceso, perfeccionándolas a medida que se obtienen datos como emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos de los participantes. Finalmente, la investigación cualitativa advierte que todo sujeto o comunidad tiene una manera específica de percibir el mundo y su entorno y es por medio de esta investigación como se pretende profundizar en experiencia buscando comprenderla en su contexto (Sampieri, 2014).

6.1 población y muestra.

Las participantes en esta investigación son madres de pacientes diagnosticados con un trastorno psicótico, que conviven con su hijo y que a la vez cumplen el rol de cuidadoras; el muestreo será intencional y son incluidas las participantes que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

Convivir con su hijo por un tiempo determinado de más de tres años.

Conocer la historia clínica del mismo.

Haber estado presente en el proceso del paciente antes y después del ser diagnosticado.

Por lo tanto, son excluidas o no podrán participar en el estudio aquellas madres que han estado presentes de manera inconstante en la vida del paciente diagnosticado, que lo han acompañado solo por temporadas, que no estén a cargo del mismo y que actualmente no conviven con él.

La muestra estuvo conformada por las siguientes participantes:

Participante	Edad	Tiempo de diagnóstico del hijo.
1	44 años	4 años

2	50 años	1 año
3	56 años	2 años
4	69 años	2 años

6.2 Técnicas de recolección de información.

Para este proyecto de investigación se proponen dos instrumentos de recolección de la información

6.2.2 La entrevista semiestructurada: Es una forma de diálogo, en donde el entrevistador de manera anticipada tiene clara su intención acerca de la información que quiere obtener de la persona a entrevistar, para esto es necesario tener claras las preguntas que se harán; este tendrá la posibilidad de alternar el orden de las preguntas, asumiendo una postura flexible en la dinámica de la entrevista, para así lograr tener conocimiento en las respuesta de las persona de otros temas que quizá sean relevantes y posterior a eso puedan ser asociados al objetivo final de la entrevista (Alexander, 2013 - 2014)

6.2.3 Carta: Hace parte de las técnicas de recolección de datos (Recopilación documental) ; los documentos son el soporte físico que se tiene respecto a un acontecimiento , sirve como prueba y/o testimonio debido a que suministra información , cifras o datos exactos de lo que se desea investigar. Es usada generalmente cuando las investigaciones son de un corte psicosocial Ander-Egg, E. (1982).

6.3 Procedimiento.

Para la aplicación de los instrumentos de evaluación se acudió a la institución Clínica del Oriente, de la cual se disponen cuatro familias para la realización de actividades; luego de esto, se contacta a las familias y se coordina con ellas día, hora y lugar para llevar a cabo las actividades.

El proceso de recolección de la información se realizó en 2 sesiones; en las que primero se hizo una sensibilización y orientación respecto a las actividades a realizar; luego se pasó a una presentación formal entre las familias y la estudiante, se firmó el consentimiento informado y se ejecutaron las entrevistas semiestructuradas.

En la segunda sesión se profundizó en algunas entrevistas y se realizaron las cartas a los hijos, se hizo el cierre a la sesión y se agradeció la participación en el proceso.

6.4 Procedimiento de Análisis de la Información.

Para el análisis de los datos obtenidos mediante la entrevista semi-estructurada y las cartas, se utilizó la codificación abierta. Para la codificación de los datos obtenidos, estos son fragmentados, conceptualizados, y luego articulados para pasar a ser conceptos y categorías con carácter de hipótesis que se contrastaran posterior al análisis y se corrigen sobre la base de los nuevos datos (Krause, 1995).

6.5 Aspectos Éticos.

Para los aspectos éticos se tiene en cuenta la ley 1090 del 2006 la cual define la psicología como una ciencia que se sustenta en la investigación y una profesión que estudia procesos del desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, buscando propiciar finalmente el desarrollo del talento y las competencias humanas en áreas como la educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de vida. Por otra parte, en el

punto 9 La investigación con participantes humanos, del artículo 2 de las disposiciones generales, la ley plantea que el psicólogo respetará la dignidad y el bienestar de todo aquel que participe, quien a su vez tendrá conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación. Se tendrá en cuenta también el capítulo VII de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones que plantea el profesional, en el artículo 49 de la misma que señala que los profesionales que están dedicados a la investigación son responsables de la metodología, los temas de estudio y los materiales utilizados en la misma; también serán responsables de sus conclusiones y resultados, divulgación y pautas de su correcta utilización. Por otra parte en el artículo 50 se plantea que los profesionales deben basarse en principios éticos de respeto y dignidad, salvaguardando también los derechos de los participantes. (De Psicólogos, 2006).

7. RESULTADOS.

En los resultados de la categorización de las entrevistas y las cartas realizadas a las participantes, surgieron las siguientes cinco categorías de análisis: Experiencias de vida, sociabilidad, redes de apoyo, calidad de vida y estado de ánimo. A continuación, se hará referencia a cada una de las categorías y sus correspondientes subcategorías haciendo énfasis en las narrativas de las madres.

Experiencia de vida:

En esta categoría se exponen aspectos como las pérdidas referidas por las madres, su cotidianidad y las estrategias que ellas han utilizado para afrontar la realidad desde que sus hijos fueron diagnosticados con algún trastorno psicótico. Dentro de estos aspectos, uno de los que llama la atención son las estrategias de afrontamiento que las madres utilizan cuando sus hijos tienen una crisis ocasionada por su enfermedad,

“Cuando estuvo con la esquizofrenia tan fuerte que se alborotaba, casi que dejábamos que se le pasara eso, uno llamaba a la policía, la policía no llegaba, una vez llamamos a samein y eso también fue un trauma. Entonces dejarlo quietecito y calladito mejor hasta que se durmiera. Y no yo mejor me encierro y espero que a él se le pase todo eso porque me da miedo” (Entrevista 3, párrafo 9).

“Siempre mantengo alerta. Y además él ha sido un muchacho muy difícil desde siempre, desde niño. Entonces me ha tocado a mí estar activa, y con la policía también” (Entrevista 1, párrafo 10).

Se evidencia en las respuestas dadas por las madres que las estrategias utilizadas cuando sus hijos están en crisis son la necesidad de llamar a un tercero, en este caso a la policía, para que les ayude a mediar frente a la crisis que tenían sus hijos. Esto puede ser debido a la intensidad de

las crisis previas y a la incapacidad de las madres de enfrentar con sus propios recursos dichas situaciones.

Por otro lado, una de las madres manifiesta que prefería no estar en su casa cuando el hijo entraba en las crisis y manifiesta que,

“Si él estaba en la casa entonces yo salía y me iba. Yo siempre que lo veo mal, le huyo, me voy por ahí y después cuando ya están todos en la casa voy” (Entrevista 4, párrafo 10).

Otro aspecto dentro de esta categoría son las pérdidas, en esta subcategoría, las madres exponen sus frustraciones y lo que han perdido en su vida y de su vida, tanto a nivel personal como material, desde que sus hijos han sido diagnosticados con algún trastorno psicótico.

“es de los que prometen y nunca cumplen y eso va frustrando a toda la familia” (entrevista 3, párrafo 1)

“pérdidas materiales porque él me sacaba las cosas” (Entrevista 2, párrafo 1)

“y la frustración de que él se quedó como un niño porque él nunca en la vida ha trabajado, no tiene nada, ni familia; nada” (entrevista 3, párrafo 1)
“mi espacio; todo. Porque uno ya no vive por uno si no por las necesidades de él. Uno deja de comprar las cosas de uno por comprarle a él, o deja de ir a una parte por quedarse con él” (entrevista 1, párrafo 1).

Inevitablemente las madres han tenido experiencias de vida relacionadas con la enfermedad de su hijo, estas experiencias les han planteado la necesidad de responder ante esta demanda sin dejar espacio para manifestar sus deseos, sus necesidades o su cansancio frente a la situación; a continuación, se evidenciará como último aspecto relevante en esta categoría la percepción que hoy tienen las madres de sus hijos después de ser diagnosticados,

“Uno mira a los compañeros y ahí están o sea que si seguimos ahí él va a volver a recaer” (Entrevista 1, párrafo 18)

“Quiero que tengas confianza en ti mismo y no te sientas menos que nadie”

(carta 1, párrafo 1)

“Hay que recuperar los valores que perdiste y la confianza en ti mismo” (carta 1, párrafo 2).

“Ana Margarita que te quiere mucho y espera mucho de ti” (Entrevista 1, párrafo 4).

“Tengo fé que mi hijo va a salir muy bien de la clínica del oriente” (carta 2, párrafo 1).

Se evidencia a través de las respuestas anteriormente dadas, la percepción que tienen las madres de sus hijos, expresada por ellas a modo de deseo o anhelo frente a lo que se espera cuando sus hijos retornen a su rutina fuera de la clínica donde están realizando el tratamiento actualmente.

Sociabilidad de las madres:

En esta categoría se evidencian las actividades realizadas por las madres en pro de su vida personal en el ámbito social. Encontrando en estos aspectos a resaltar como las actividades realizadas por las madres en pro de distraerse o distanciarse, aunque sea por momentos, de la cotidianidad que comparten con sus hijos desde que estos han sido diagnosticados.

“Nosotros de por sí salimos mucho por ahí, caminamos, incluso con él. Y yo también voy a paseos de la tercera edad y a la gimnasia” (Entrevista 3, párrafo 2).

“Hago muchas vueltas. Voy mucho a misa. Camino. Siempre estoy saliendo. No estoy quieta, visito la familia” (Entrevista 1, párrafo 2).

A pesar de encontrar momentos en donde realmente se dispersan, también puede reconocerse la manera en que la condición de su hijo sigue permeando la vida diaria de las madres,

“Más de la mitad del tiempo uno piensa en ellos. Uno es: ¿qué estará haciendo? ¿Será que va a cambiar? ¿Será que cuando vuelva va a volver a recaer?” (Entrevista 1, párrafo 18)

También se hallaron en esta categoría respuestas relacionadas con la vida social de las madres luego del diagnóstico de su hijo, como se expone a continuación; reconociendo que hay una gran afectación en la relación de ellas con los otros, dada la manera en que estas enfrentan el diagnóstico de su hijo y en que los demás se relacionan con esto,

“Mi esposo no estaba de acuerdo con que yo lo siguiera teniendo en la casa aun cuando él era tan rebelde y era muy grosero muy, muy violento conmigo” (Entrevista 3, párrafo 13).

“No me gusta como por ejemplo contar el problema de él, ni a las amigas siquiera, ni a la familia de mi esposo; pues que sepan del problema de él o qué me pregunten cosas no me gusta.” (Entrevista 3, párrafo 4).

“Aunque yo pienso que en la gimnasia las señoras deben saber que ese era mi hijo el que mantenía revolcando basuras, y robaba y estuvo haciendo tantas cosas, pero a mí nadie me dice nada” (Entrevista 3, párrafo 16).

Redes De Apoyo:

En esta categoría se exponen las redes de apoyo a nivel personal y profesional con las que cuentan las madres, acá se evidencian como subcategoría las redes de apoyo que han tenido las madres desde que sus hijos fueron diagnosticados con algún trastorno psicótico, resaltando en énfasis que hacen las madres en el apoyo que le han dado sus familias y en lo importante que es esto para ellas,

“Ellos me brindan mucha compañía, a veces si me siento sola porque como todos tienen su obligación, sus trabajos y sus familias entonces yo no puedo mucho como quisiera contar con ellos o tenerlos a ellos al pie mío. Aunque yo vivo con un hijo y su familia, ellos si yo me enfermo o salgo o necesito algo ellos no se enteran, entonces es como que yo vivo sola.” (Entrevista 3, párrafo 10).

*“yo siempre he estado muy acompañada de mis otros hijos y mi esposo.”
(Entrevista 4, párrafo 11).*

*“Yo nunca me he sentido sola porque mi esposo siempre ha estado ahí”
(Entrevista 1, párrafo 11).*

“Mi otro hijo. Mis nietos. Tengo dos nietos. Y esos son los que le ayudan a uno a llevar la carga, digo yo” (entrevista 1. Párrafo 5)

También vemos madres que no tienen una red de apoyo establecida frente a los cambios que se han generado en su vida a partir del diagnóstico, evidenciando en ellas un sentimiento de soledad,

“A veces si me siento sola porque como todos tienen su obligación, sus trabajos y sus familias” (entrevista 3, párrafo 10).

Por último, se expone también que una posibilidad de las madres es hallar acompañamiento en personas que viven una situación igual o parecida a la suya,

“Tengo 2 o 3 amigas de siempre, que los hijos también tienen el mismo problema de Luisito” (Entrevista 4, párrafo 18).

Encontramos también como aspectos a resaltar en esta categoría el apoyo profesional al que las madres han acudido durante el proceso con sus hijos, evidenciando que este apoyo profesional no ha sido eficiente, ni acertado.

“Uno llamaba a la policía, la policía no llegaba, una vez llamamos a samein y eso también fue un trauma” (Entrevista 3, párrafo 9).

“Y el enfermero habló con el médico y todo y él le dijo que no, que él estaba bien y entonces no lo llevamos para la casa y a la semanita completa él me atacó” (Entrevista 4, párrafo 1).

Calidad de vida:

En esta categoría se exponen los cambios y las necesidades a nivel personal de las madres, su salud y sus intereses. Teniendo como primera subcategoría las personas y aspectos en su vida que también son importantes o de su interés, resaltando a continuación la importancia de hacer cambios a nivel personal, para así lograr obtener tiempo y energía que necesitan utilizar en estas situaciones y personas que también son importantes en su vida,

*“Mi hija, que está diagnosticada de bipolaridad e intentó suicidarse”
(entrevista 2, párrafo 5)*

En esta categoría es importante resaltar las metas que las familias plantean para lograr mejoras tanto en su condición y calidad de vida, como en el aspecto laboral y económico,

“Tener una casa propia” (entrevista 2, párrafo 3).

*“Nosotros teníamos la meta de comprar la casita y estábamos ahorrando y todo, todos los ahorros se gastaron en Luis y todo lo que ha pasado.”
(Entrevista 4, párrafo 13).*

“nosotros estábamos ahorrando para comprar una casita.” (Entrevista 4, párrafo 3).

Se nota también una gran necesidad de tiempo y espacios para dedicar a ellas mismas a nivel personal, como se expone a continuación,

“últimamente que ya está él hospitalizado, me queda más tiempo para mis cosas, que las citas médicas, salir a la gimnasia, salir por ahí a pasear.”(Entrevista 3, párrafo 6).

También cabe resaltar los cambios que han tenido a nivel de salud, y las desmejoras que se plantean en áreas específicas de su vida y su cotidianidad,

“He desmejorado mucho por tantas preocupaciones y tantas cosas que pasan. Desde que mi esposo se murió que yo estoy tan sola con él si me veo muy desmejorada.” (Entrevista 3, párrafo 14)

Se trabajan también en esta categoría los cambios a nivel personal, familiar y en la calidad de vida que las madres de dichos pacientes desean,

“Me gustaría irme pa’ otro lado. Cambiar de lugar de residencia. Por las amistades, el ambiente, todo.” (Entrevista 1, párrafo 8)

“Quisiera vivir con la persona que tengo ahora sentimentalmente” (Entrevista 2, párrafo 1).

“Que los dos hijos míos estuvieran bien, mentalmente” (entrevista 2, párrafo 9).

Estado de ánimo:

En esta categoría se exponen las emociones, sentimiento y actitudes permanentes o más frecuentes en las madres, se encuentra como factor principal una emocionalidad en común entre las madres entrevistadas, donde resaltan los sentimientos de miedo y ansiedad como una manera constante de permanecer en su vida, en estado de alerta,

“yo mejor me encierro y espero que a él se le pase todo eso porque me da miedo” (entrevista 3, párrafo 9).

“yo siempre siento algún sustico de que él vuelva a explotar” (Entrevista 3, párrafo 14).

“Hubo un momento en que, si perdí todo el control porque él estaba muy enloquecido, y a mí me daba mucho susto y yo no sabía qué hacer” (Entrevista 3, párrafo 17).

“cómo él empezó a mirarme con una mirada toda rara ya yo empecé a sentir como nervios, como ese miedito” (entrevista 4, párrafo 1).

“Desde que le diagnosticaron la esquizofrenia, no sé, a veces decae uno” (entrevista 1, párrafo 15)

Sentido de vida de las madres:

En esta categoría se exponen las prioridades de las madres, su función, motivaciones y el tiempo dedicado a ellas mismas. Como función de las madres se observa que están siempre ahí disponibles para sus hijos y dispuestas a ayudarlos en todo lo que necesiten desde su diagnóstico, en lo relacionado a su condición; advirtiendo también los cambios que a la par con sus hijos han experimentado ellas a nivel personal e individual; como se expone a continuación,

“Él vino a dejarse ayudar ya demasiado tarde” (entrevista 3, párrafo 1)

Se evidencia también en esta categoría como los cambios en su hijo generan modificaciones en la relación madre – hijo, y en la vida personal de la madre, observando en las respuestas revisadas a continuación como su individualidad se ve fragmentada por las elecciones de su hijo,

“y cuando de pronto yo quería hacer algo y él me acompañaba se comportaba muy mal y me hacía pasar muy mal a mi” (entrevista 3, párrafo 11).

“Cuando había un paseo y no había puesto para los dos yo no iba, porque cuando llegaba encontraba daños y quejas” (entrevista 3, párrafo 11).

En esta categoría observamos también la función de las madres en la vida de sus hijos, de ayudar incondicionalmente y las motivaciones que tienen frente a ellos,

*“De lleno siempre he estado preocupada por él. Desde que el papá murió hace ya como trece, catorce años, yo estoy de lleno dedicada a él”
(Entrevista 3, párrafo 3)*

“Yo siempre estoy pendiente de Luis, sobre todo cuando yo lo veo tan mal” (Entrevista 4, párrafo 17)

*“Me gustaría que él cambie. Que se pudiera defender por sí solo, que tuviera un trabajo, que se tome los medicamentos, que deje de consumir”
(Entrevista 2, párrafo 9)*

*“Más de la mitad del tiempo uno piensa en ellos. Uno es: ¿Qué estará haciendo? ¿Será que va a cambiar? ¿Será que va a volver a recaer?”
(Entrevista 1, párrafo 18)*

“Uno ya no vive por uno sino por las necesidades de él. Uno deja de comprar las cosas de uno por comprarle a él, o deja de ir a alguna parte por quedarse con él” (Entrevista 1, párrafo 1)

Se evidencian entonces, al exponer las categorías y subcategorías encontradas, madres que están constantemente en función de la condición de sus hijos desde que estos fueron diagnósticos, y familias que al mismo tiempo se preocupan e interesan por la vida social a la cual van a retornar sus hijos al salir de la clínica en la que llevan a cabo el tratamiento; observándose en medio de esto familias que han sido divididas por el comportamiento de sus hijos diagnosticados y madres que han dedicado el tiempo a sus hijos dejándose de lado a ellas mismas.

8. DISCUSIÓN.

A través de las entrevistas realizadas y la información recolectada sobre investigaciones respecto a las madres de pacientes con psicosis, su emocionalidad, su función y su cotidianidad, y

en general investigaciones sobre las familias de pacientes diagnosticados con psicosis, su convivencia, sus cambios y su estilo de vida, se encontraron varios elementos que merecen ser destacados y analizados desde la perspectiva posracionalista.

Ya que la teoría posracionalista presenta la importancia de centrarse en la experiencia personal del paciente buscando una narrativa en primera persona que lleve al paciente a lograr por sí solo reordenar la experiencia de sí mismo recuperando su regulación emocional; destacando la importancia de la emocionalidad de la persona en la socialización, el aprendizaje, la comunicación y la adaptabilidad a otros ambientes, personas y culturas como lo expone Guidano en 1994 al explicar las emociones como clave para entender los fenómenos culturales y sociales que preocupan al sujeto.

Se sustenta también la teoría posracionalista como la explicación a estos fenómenos, en Arciero desde el 2005 cuando plantea los estilos afectivos y los estilos de personalidad con sus inclinaciones emocionales que serán construidas como la forma de percibirse a sí mismo y de manifestarse en el mundo.

Una familia fracturada mucho antes del diagnóstico.

Se observa que la mayoría de familias o familiares del paciente diagnosticado con un trastorno psicótico ya está alejado de este o ya es una familia fracturada mucho antes del diagnóstico como lo exponen Sanz, Moya, Usaola, Gironés, Aparicio y de Vega, en el año 2015, siendo estos los mismos autores que en su estudio encontraron como resultado que los familiares eran derivados al programa al observar dinámicas familiares alteradas, familias aglutinadas o desligadas y problemas de relación de pareja. Dificultades de comunicación, divorcios, alineación de hijos y una no diferenciación de roles. Resaltando que en la presente investigación, por el contrario, pudieron hallarse más familias en las que sobresalía la unión y el interés por ayudar en la recuperación de su hijo; mostrando una gran iniciativa por mejorar la calidad de vida que tienen en este momento y las

condiciones de vida para cuando su hijo salga de la clínica donde hace el tratamiento, se observan también familias interesadas en prepararse para adquirir una buena y mejor manera de relacionarse con su hijo ahora que tienen conocimiento y entendimiento de su condición y lo que esta conlleva, como se evidencia en las entrevistas y las cartas realizadas durante las sesiones.

Retomando las madres, se evidencia también en ellas un deterioro y un cambio de vida como madre y como persona, en ámbitos tanto individual como a nivel social. Observándose resultados importantes como los aspectos más deteriorados en su vida se hallaron: el cuidado personal, el tiempo para ellas mismas, desmejoras en su salud física, en su calidad de vida, en su vida social, familiar y de pareja. Lo que deja en evidencia una madre que asume el cuidado de su hijo olvidándose de sí misma, y esto se encuentra como resultado en las sesiones trabajadas con ellas y en las respuestas dadas en algunas entrevistas.

Madre que asume el cuidado olvidándose de sí misma.

Las madres de los pacientes diagnosticados son quienes conviven la mayor parte del tiempo y de la condición a su lado; en esta permanencia, las madres son quienes asumen la responsabilidad del cuidado hacia su hijo priorizando las necesidades de ellos sobre las propias; las madres en su tarea de asumir todo lo relacionado con la condición de su hijo se olvidan de sí mismas y esto puede entenderse también desde el termino asumir como tal, explicado por la RAE como “tomar para sí o hacerse cargo [de algo no material, especialmente una tarea o una responsabilidad]’ y ‘aceptar o reconocer [algo no material]” (RAE).

Y concuerda con los hallazgos realizados por Gasca, Martínez, Jiménez & Ruíz, (1997), quienes evidencian que hay un porcentaje más alto de madres cuidadores y un costo emocional más alto que el costo económico. Se evidencia también en las actividades realizadas con las madres una fragmentación en la percepción de sí mismas ya que al asumir por completo la

responsabilidad de la condición de sus hijos no encuentran una coherencia entre su función como madre y lo que reciben de sus hijos desde que la vida de ellos cambia; encontrándose con malos tratos de su parte, con ataques hacia ellas y con pocas mejoras en la salud de ellos como se expone en las entrevistas realizadas; generando sentimientos de frustración, soledad, tristeza y al mismo tiempo la tarea de seguir en función de ayudar a sus hijos y estar presente en todo lo que estos necesiten, generando finalmente una emocionalidad y percepción de sí mismas como área mayormente afectada.

9. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

A partir de la investigación realizada se sugiere que, las madres a la par de los pacientes consideren el acompañamiento profesional para alivianar un poco sus cargas o aprender a sobrellevarlas de una manera más sana o acertada en su diario vivir.

Como otra recomendación estaría el realizar más investigaciones de este tipo desde las terapias sistémicas y posracionalistas, ya que la psicoeducación propuesta desde la primera se complementaría con la intervención individual a las madres que se proponen desde la segunda.

Y finalmente se recomienda un trabajo profesional que ahonde en la psicoterapia desde el posracionalismo, ya que este entiende y propone un manejo a la emocionalidad y un reconocimiento del sí mismo a través de la narrativa propia de las madres que modifique su experiencia de vida actual.

10. CONCLUSIONES.

Finalmente y para concluir, en el presente trabajo cabe resaltar que la psicoeducación es un factor fundamental en la recuperación del paciente diagnosticado con algún trastorno psicótico; ya que por medio de esta la familia logra un entendimiento y la comprensión más acertada de la condición del paciente, sabiendo que es en la psicoeducación a las familias de pacientes con trastornos mentales donde se encuentran las herramientas necesarias para hacerle frente a este ; herramientas como: la manera de tratar al familiar diagnosticado, la manera de responder a sus demandas, las estrategias para intervenir en un momento de crisis , entre otras.

Sin embargo es fundamental como se evidencia en el presente estudio, el trabajo personal e individual con la madre, quien hace las veces de cuidadora sin dejar su rol de madre, esposa y otras áreas en su vida por lo cual es importante centrarse en estas o cuidar de ellas por medio de la terapia individual, preferiblemente con un enfoque posracionalista ya que como se expone en la presente investigación tiene las estrategias adecuadas para intervenir en su emocionalidad, la percepción de sí misma, y como hacerle frente a la cotidianidad que le trae el estar en función o el hacerse cargo

de la condición de su hijo, donde diariamente se encuentran cambios y empiezan a ser la frustración, la soledad y el cansancio las emociones más prevalentes en su vida.

Se sugiere a través de los resultados hallados en esta investigación que las madres a la par de los pacientes consideren el acompañamiento profesional para alivianar un poco sus cargas o aprender a sobrellevarlas de una manera más sana o acertada en su diario vivir.

REFERENCIAS.

American Psychiatric Association (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial medica panamericana.

Ander-Egg, E. (1982). *Técnicas de investigación social* (No. 301.018 An225t Ej. 1 003770).

HVMANITAS,.

Arciero, G. (2005). *Estudios y diálogos sobre la identidad personal*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bonilla-Cruz, N., Alarcón-Carvajal, M., & Sánchez-Meza, G. (2016). Familia: un estado del arte en grupos de investigación de Colciencias en psicología entre 2010-2015. *Revista MundoFesc*, 3(11), 33-47.

Chakraborty, S., Bhatia, T., Anderson, C., Nimgaonkar, V. L., & Deshpande, S. N. (2014).

Caregiver's Burden, Coping, and Psycho-Education in Indian Households with Single-and Multiple-Affected Members with Schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 43(1), 30-49.

De Psicólogos, C. C. (2016). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia* .

Editorial El Manual Moderno Colombia.

De Colombia, C. P. (1991). Constitución política de Colombia. *Bogotá, Colombia: Leyer.*

di Domenico, P. M., Botero, A. M. B., Molina, N. E., Correa, M. C. I., Prada, C. J., & Ospina, M.

S. P. (2004). Estado de arte de enfermedad mental en la familia según estudios realizados desde 1973 hasta 2003 en la ciudad de Medellín [archivo de computador].

Díaz, L., & Buela-Casal, G. (2010). Estudio comparativo de las publicaciones realizadas sobre psicosis en las revistas de psicología y psiquiatría españolas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 147-162.

Díaz Martínez, L. R., Rascón Gasca, M. L., Ortega González, H., Murow Troice, E., Valencia, C., & Ramírez, I. (2013). Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico.

Española, R. R. A. (2010). *Ortografía de la lengua española*. Espasa.

Fernández Prieto, M., Quevedo-Blasco, R., & Buela-Casal, G. (2010). Diferencias en el estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes delirantes. *Salud mental*, 33(6), 527-534.

Guidano, V. F. (1994). *El sí-mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista* (p. 20). Barcelona, España: Paidós.

Guidano, V. (2001). Vittorio Guidano en Chile. *Recopilación de conferencias realizadas en Chile.*

Edición Susana Aronsohn. Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Sociedad Chilena de terapia Postracionalista.

Guidano, V. (2001). Vittorio Guidano en Chile. *Recopilación de conferencias realizadas en Chile.*

Edición Susana Aronsohn. Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Sociedad Chilena de terapia Psotraccionalista.

Hinojosa, A. J., & Linares, J. L. (2017). Los caminos de la Psicosis. *Revista REDES*, (36).

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista temas de educación*. 7, 19-39.

Mella, V. (2003). Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación. *Editorial Primus*, Santiago De Chile.

Moretto, M. V., & Nocera, C. M. (2007). El tratamiento de la psicosis. Su eficacia. *En XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Madrid, H. M., & Calviño, M. P. (1990). Familia y esquizofrenia: una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 6(1), 11-20.

Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205219.

Robert, A., Escartí, M. J., Pérez, R., García, C., Pérez, V., & Tejedor, C. (2004). Clima familiar en pacientes con trastorno psicótico o afectivo. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(5), 260-263.

Roldán, G. M., Salazar, I. C., Garrido, L., & Cuevas-Toro, A. M. (2015). Intervención psicológica grupal, basada en la aceptación y el entrenamiento en comunicación, con familiares de personas con trastorno mental grave. *Canales de psicología*, 31(3), 759-772.

Sánchez, R., Jaramillo, L. E., & Herazo, M. I. (2013). Factors associated with early psychiatric rehospitalization. *Biomedica*, 33(2), 276-282.

- Sanz, M. T. R., Moya, B. L., Usaola, C. P., Gironés, M. L. L., Aparicio, M. T. S., & de Vega, C. G. (2015). El reto de la Terapia de Familia: Estudio de las intervenciones realizadas durante 13 años en un Centro de Salud Mental The Challenge of Family Therapy: A thirteen-year study of interventions in a Mental Health Center. *Clínica*, 6(1), 33-47.
- Salas, A. (2015). Importancia de la inclusión de la familia en el proceso de Rehabilitación Psicosocial de la Psicosis Esquizofrénica.
- Salazar, F., & Mauricio, D. (2016). *Psicosis Infantil, a propósito de un Caso* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).
- Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. México DF.

APÉNDICES.

Consentimiento informado.

Fecha: _____

Yo _____, con documento de identidad CC. ____ No _____, certifico que he sido instruido (a) de forma clara, he comprendido la información brindada y he decidido participar voluntariamente y sin ningún tipo de pago, en el ejercicio investigativo que la estudiante Daniela Echavarría Zea, del programa de psicología de la Institución Universitaria de Envigado, plantea en su proyecto de trabajo de grado “efectos emocionales en la identidad personal de las madres de pacientes

diagnosticados con un trastorno psicótico”. El cual tiene como propósito Describir los efectos emocionales en la identidad narrativa de las madres de pacientes con diagnóstico de psicosis.

Aunque se solicitará información sociodemográfica, no se requieren datos de identificación en los sujetos participantes. La información suministrada como participante o colaborador(a) del ejercicio, se resguardará, garantizando la confidencialidad de sus datos personales y el desempeño en el mismo.

Guía de Entrevista Semiestructurada:

Nombre:

Edad:

Lugar de residencia:

Estado civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Creencias religiosas:

1. ¿Ha tenido alguna pérdida o frustración importante por la enfermedad de su hijo/a?
2. ¿Ha realizado actividades físicas para sobrellevar las situaciones que genera la enfermedad de su hijo/a?
3. ¿Tiene sus propios intereses personales?
4. Es capaz de salir y relacionarse con la gente.
5. ¿Además de la enfermedad de su hijo, que otras cosas son importantes para usted en su vida?
6. ¿Hay otras cosas que también son importantes?
7. ¿Se toma descansos para pensar en sus propias necesidades?
8. ¿Ha pensado en realizar cambios en su vida (cambiar de lugar de residencia) por la situación con su hijo/a?

9. ¿Cuál cree que es la manera de que las cosas mejoren y/o cambien (es por medio de un milagro)?
10. ¿Tiene estrategias para reaccionar ante determinadas situaciones o solo espera que pasen?
11. ¿Se siente sola?
12. ¿Ha dejado de hacer cosas por la enfermedad de su hijo/a?
13. ¿Sus sueños y proyectos de vida se vieron truncados por la situación que generó la enfermedad de su hijo/a?
14. ¿Siente que su vida amorosa se ha visto perjudicada por la enfermedad de su hijo/a?
15. ¿Hasta qué punto se siente responsable por las condiciones de su casa, su trabajo, las relaciones con los demás?
16. ¿Siente que su salud física y emocional ha cambiado por la enfermedad de su hijo/a?
17. ¿Piensa que tiene tiempo suficiente para usted debido a la enfermedad de su hijo/a?
18. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada por la enfermedad y los cuidados que debe tener con su hijo/a?
19. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su hijo/a?

Entrevistas transcritas:

ENTREVISTA 1	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<p>¿Ha tenido alguna perdida o frustración importante por la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(1)Frustraciones, muchas, porque desde muy joven es así. Ha empezado varios tratamientos y los ha dejado a mitad del camino, es de los que prometen y nunca cumplen y eso va frustrando a toda la familia, y uno vive muy mal sabiendo que él tiene ese vicio y la frustración de que él se quedó como un niño porque él nunca en la vida ha trabajado, no tiene nada, ni familia; nada. Porque como el vino a dejarse ayudar ya demasiado tarde, pero él está consumiendo desde muy temprano y se vino a diagnosticar de la esquizofrenia de unos años para acá. Ahora que lo están tratando. Hará por ahí un año. Y ese problema fue progresivo, él empezó lento, lento hasta que llegó hasta un punto en que ya todo se complicó porque él empezó a hablar con las estrellas. Con los árboles y un poco de cosas así que escuchaba voces. Pero todo eso era cuando estaba bajo ese vicio.</p>	<p>EMOCIÓN</p> <p>FUNCIÓN DE LA MADRE</p>	<p>Frustración</p> <p>Ayudarlo</p>
<p>¿Ha realizado actividades físicas para sobrellevar las situaciones que genera la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(2)Si. Nosotros de por sí salimos mucho por ahí, caminamos, incluso con él. Él cuando estaba en el programa era muy alejado de nosotros entonces casi no lo incluíamos, pero nosotros como familia, si hemos salido a pasear siempre mucho; pero yo más sin embargo siempre que hay pa' salir, paseo alguno cosa, entonces diario me lo llevaba. Y yo también voy a paseos de la tercera edad y a la gimnasia.</p>	<p>ACTIVIDADES PERSONALES.</p> <p>FAMILIA</p>	<p>Deporte, gimnasia.</p> <p>Calidad de vida.</p>

<p>¿Tiene sus propios intereses personales? (3)No. De lleno yo siempre he estado preocupada por él. Desde que el papá murió que hace ya como trece, catorce años, yo estoy solo dedicada a él, y desde que él estaba muy niño que fue cuando comenzó con todo eso, cuando se metió en esas cosas.</p>	<p>EMOCIÓN FAMILIA</p>	<p>Insatisfacción. Convivencia.</p>
<p>¿Es capaz de salir y relacionarse con la gente? (4)Si. Pero no me gusta como por ejemplo contar el problema de él, ni a las amigas siquiera, ni a la familia de mi esposo; pues que sepan del problema de él o qué me pregunten cosas no me gusta.</p>	<p>INDIVIDUALIDAD. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.</p>	<p>Evitación.</p>
<p>¿Además de la enfermedad de su hijo, que otras cosas son importantes para usted en su vida? (5)Yo salgo con mis hijos, con sus familias, o ellos se reúnen en mi casa y me gusta que ellos estén, a veces quisiera como que ellos se quedaran.</p>	<p>PRIORIDADES</p>	<p>Familia</p>
<p>¿Se toma descansos para pensar en sus propias necesidades? (6)Claro, y más últimamente que ya está él hospitalizado y me queda más tiempo para mis cosas, que las citas médicas, salir a la gimnasia, salir por ahí a pasear.</p>	<p>NECESIDADES PERSONALES</p>	<p>Individualidad (crecimiento personal)</p>
<p>¿Ha pensado en realizar cambios en su vida (cambiar de lugar de residencia) por la situación con su hijo/a? (7)Eso como que lo veo tan difícil, no quiero; no veo cómo solucionar ese problema. A veces como que me parece que a él como que le hace falta tener una persona, por ejemplo mi hijo mayor, él le obedece mucho y ve en él como una protección, pero no se puede, él siempre está solo conmigo, diario. No, y además no me gusta estar como moviéndome por ahí. Y además mi casita es propia, siempre he vivido ahí mismo. Yo siempre veo eso cómo Tan complicado, pero si me toca pues tendré que hacerlo.</p>	<p>CALIDAD DE VIDA CAMBIOS A NIVEL PERSONAL. SENTIMIENTO EMOCIÓN</p>	<p>Cambio de barrio. Tristeza. Angustia, frustración, impotencia.</p>

<p>¿Cuál cree que es la manera de que las cosas mejoren y/o cambien? (8)Que él deje ese vicio, es que si él no está fumando es una gran persona, si él no está consumiendo ese vicio, él no tiene defectos. Que él cambie.</p>		
<p>¿Tiene estrategias para reaccionar ante determinadas situaciones o solo espera que pasen? (9)Cuando estuvo con la esquizofrenia tan fuerte que se alborotaba, casi que dejábamos que se le pasara eso, uno llamaba a la policía, la policía no llegaba, una vez llamamos a samein y eso también fue un trauma. Entonces dejarlo quietecito y</p>	<p>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</p> <p>CONVIVENCIA</p> <p>EMOCIÓN</p>	<p>Huida/evitación.</p> <p>Hijo.</p> <p>Miedo.</p>
<p>calladito mejor hasta que se durmiera. Y no yo mejor me encierro y espero que a él se le pase todo eso porque me da miedo. Y cómo siempre estamos los dos solos. Por ejemplo cuando yo lo tuve en Samein porque le daban esas locuras tan horribles, un yerno mío que ha sido enfermero, entonces fue el que habló allá en Samein y mandaron unos enfermeros y lo llevaron hasta marrado y allá lo doparon del todo y eso no le gustó, y se tiró por unos muros. Y también hubo un tiempo que vivió en la calle, por esa época en que los estaban metiendo a la cárcel por tener más de la dosis y lo metieron a bellavista y de allá salió que no se quedaba en la calle y entonces ya empezó fue a consumir dentro de la casa.</p>	<p>BUSQUEDA DE APOYO.</p> <p>CALIDAD DE VIDA.</p>	<p>Familia, policía, samein.</p> <p>Desmejoras en su salud.</p>
<p>¿Se siente sola? (10)A veces, claro que ellos me brindan mucha compañía, a veces si me siento sola porque como todos tienen su obligación, sus trabajos y sus familias entonces yo no puedo mucho como quisiera contar con ellos o tenerlos a ellos al pie mío. Aunque yo vivo con un hijo y su familia, ellos si yo me enfermo o salgo o necesito algo ellos no se enteran, entonces es como que yo vivo sola.</p>	<p>SENTIMIENTO</p>	<p>SOLEDAD</p>

<p>¿Ha dejado de hacer cosas por la enfermedad de su hijo/a? (11) Muchas. Desde antes de que estuviera diagnosticado, por la tensión de que él por ahí en la calle, o que cuando estaba en la casa él se llevaba las cosas y entonces el otro hijo como vivía conmigo no le gustaba y a él le daba mucho miedo. Y también cuando había un paseo y no había puesto para los dos yo no iba, porque cuando llegaba encontraba daños y quejas, o si él no quería ir a algún lugar donde yo tenía que ir entonces yo no iba tampoco y cuando de pronto yo quería hacer algo y él me acompañaba se comportaba muy mal y me hacía pasar muy mal a mí. Cuando yo le echaba seguro a las chapas por ejemplo él me las reventaba y otra cosa era que yo no podía irme porque lo primero que me advertía el hijo que quedaba ahí era que me lo tenía que llevar.</p>	<p>CALIDAD DE VIDA</p> <p>ESTADO DE ANIMO.</p> <p>EMOCIÓN.</p>	<p>Pérdida de la individualidad.</p> <p>Inestable.</p> <p>Ansiedad.</p> <p>Insatisfacción.</p>
<p>¿Sus sueños y proyectos de vida se vieron truncados por la situación que generó la enfermedad de su hijo/a? (12) Sí.</p>		
<p>¿Siente que su vida amorosa se ha visto perjudicada por la enfermedad de su hijo/a? (13) Si. Porque como él cogió ese vicio tan niño, a mi esposo le tocó vivir mucho ese vicio de él, y él había veces que se desesperaba y lo que hacía era echarlo de la casa y teníamos problemas porque yo no estaba de acuerdo. Mi esposo no estaba de acuerdo con que yo lo siguiera teniendo en la casa aun cuando él era tan rebelde y era muy grosero muy, muy violento conmigo. Y cuando él ya no se lo aguantaba entonces lo echaba de la casa. y él se quedaba dos, tres días en la calle y después volvía.</p>	<p>SENTIMIENTO.</p>	<p>Miedo.</p>

<p>¿Siente que su salud física y emocional ha cambiado por la enfermedad de su hijo/a? (14) Sí he desmejorado mucho por tantas preocupaciones y tantas cosas que pasan. Desde que mi esposo se murió que yo estoy tan sola con él si me veo muy desmejorada, aunque él ahora es muy buen compañero yo siempre siento algún sustico de que él vuelva a explotar. Sobre todo cuando él empezó a robar por la casa yo casi me muero pensando en las amenazas que le hacían y todo lo que pasaba. Lo perseguían, lo aporreaban; pero esa vez si me fui de la casa por allá para el peñol con él como cuatro meses mientras él seguía el tratamiento, pero terminó ese tratamiento y volvió a consumir.</p>	<p>SALUD EMOCIÓN SENTIMIENTO</p>	<p>Desmejoras. Ansiedad. Miedo.</p>
<p>¿Piensa que tiene tiempo suficiente para usted debido a la enfermedad de su hijo/a? (15) No.</p>	<p>CALIDAD DE VIDA.</p>	<p>Poco tiempo para sus propios intereses.</p>
<p>¿Piensa que su vida social se ha visto afectada por la enfermedad y los cuidados que debe tener con su hijo/a? (16) No. Aunque yo pienso que en la gimnasia las señoras deben saber que ese era mi hijo el que mantenía revolcando basuras, y robaba y estuvo haciendo tantas cosas, pero a mí nadie me dice nada.</p>	<p>REDES DE APOYO.</p>	<p>No tiene redes de apoyo a nivel social</p>
<p>¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su hijo/a? (17) Hubo un momento en que, si perdí todo el control porque él estaba muy enloquecido, y a mí me daba mucho susto y yo no sabía qué hacer. Pero en este momento todo está más tranquilo.</p>	<p>SENTIMIENTO.</p>	<p>Miedo.</p>

ENTREVISTA 2	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
--------------	-----------	--------------

<p>¿Ha tenido alguna pérdida o frustración importante por la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(1)Está como difícil la pregunta. Creo que no, porque cuando él fue diagnosticado yo no trabajaba. Ni tenía una pareja sino que solo estaba al cuidado de él. O si, yo creo que si pérdidas materiales porque él me sacaba las cosas.</p>	PERDIDAS	Materiales
<p>¿Ha realizado actividades físicas para sobrellevar las situaciones que genera la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(2)No, solamente trabajar y salgo a caminar.</p>	ACTIVIDADES PERSONALES	Trabajar y caminar
<p>¿Tiene sus propios intereses personales?</p> <p>(3)Tener una casa propia.</p>	INTERESES	personales
<p>¿Es capaz de salir y relacionarse con la gente? (4)100 %</p>		
<p>¿Además de la enfermedad de su hijo, que otras cosas son importantes para usted en su vida?</p> <p>(5)Mi hija, que esta diagnosticada de bipolaridad e intentó suicidarse.</p>	PRIORIDADES	familia
<p>¿Hay otras cosas que también son importantes?</p> <p>(6)La estabilidad emocional, el ambiente familiar y mi empleo.</p>	INDIVIDUALIDAD FAMILIA VIDA LABORAL	Crecimiento personal
<p>¿Se toma descansos para pensar en sus propias necesidades?</p> <p>(7)Casi no.</p>	NECESIDADES PERSONALES	Poco tiempo para ella
<p>¿Ha pensado en realizar cambios en su vida (cambiar de lugar de residencia) por la situación con su hijo/a?</p> <p>(8)Quisiera vivir con la persona que tengo ahora sentimentalmente.</p>	CAMBIOS A NIVEL PERSONAL. PAREJA.	
<p>¿Cuál cree que es la manera de que las cosas mejoren y/o cambien?</p> <p>(9)Que los dos hijos míos estuvieran bien, mentalmente.</p>	CALIDAD DE VIDA	Que sus hijos mejoren su salud mental

<p>¿Tiene estrategias para reaccionar ante determinadas situaciones o solo espera que pasen? (10) Cuando veo.</p>		
<p>¿Se siente sola? (11) No.</p>		

ENTREVISTA 3	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<p>¿Ha tenido alguna pérdida o frustración importante por la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(1) Yo digo que todo. Pues, mi espacio; todo. Porque uno ya no vive por uno si no por las necesidades de él. Uno deja de comprar las cosas de uno por comprarle a él, o deja de ir a una parte por quedarse con él.</p>	<p>PÉRDIDAS</p> <p>SENTIDO DE LA VIDA DE LA MADRE</p>	<p>Mi espacio, todo</p> <p>Vivir por las necesidades de él.</p>
<p>¿Ha realizado actividades físicas para sobrellevar las situaciones que genera la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(2) Ejercicios como tal no. Pero hago muchas vueltas. Voy mucho a misa. Camino. Siempre estoy saliendo. No estoy quieta, visito la familia.</p>	<p>ACTIVIDADES QUE REALIZA</p>	<p>Vueltas, ir a misa, caminar, visitar a la familia.</p>
<p>¿Tiene sus propios intereses personales?</p> <p>(3) Pues sí. Pues cada cual.</p>		
<p>¿Es capaz de salir y relacionarse con la gente?</p> <p>(4) Sí.</p>	<p>REDES DE APOYO</p>	<p>Sociales</p>

--	--	--

<p>¿Además de la enfermedad de su hijo, que otras cosas son importantes para usted en su vida? (5) Mi otro hijo. Mis nietos. Tengo dos nietos. Y esos son los que le ayudan a uno a llevar la carga, digo yo.</p>	<p>PRIORIDADES</p> <p>FUNCIÓN DE LOS NIETOS</p>	<p>Familia</p> <p>Ayudarle a llevar la carga</p>
<p>¿Hay otras cosas que también son importantes? (6) Sí. Mi esposo.</p>	<p>PRIORIDADES</p>	<p>Pareja</p>
<p>¿Se toma descansos para pensar en sus propias necesidades? (7) A veces.</p>		
<p>¿Ha pensado en realizar cambios en su vida (cambiar de lugar de residencia) por la situación con su hijo/a? (8) Me gustaría irme pa' otro lado. Cambiar de lugar de residencia. Por las amistades, el ambiente, todo.</p>	<p>MOTIVACIÓN DE CAMBIOS EN SU VIDA</p>	<p>Por las amistades del hijo.</p>
<p>¿Cuál cree que es la manera de que las cosas mejoren y/o cambien? (9) Que él cambie. Que él se pudiera defender por sí solo, un trabajo, que se tome los medicamentos, que deje de consumir.</p>	<p>MEJORAMIENTO DE LA VIDA</p>	<p>Que su hijo cambie, se defienda por sí solo.</p>
<p>¿Tiene estrategias para reaccionar ante determinadas situaciones o solo espera que pasen? (10) Siempre mantengo alerta. Y además él ha sido un muchacho muy difícil desde siempre, desde niño. Entonces me ha tocado a mí estar activa, y con la policía también.</p>	<p>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</p> <p>PERCEPCIÓN DEL HIJO</p> <p>FUNCIÓN DE LA MADRE</p>	<p>Mantenerse alerta</p> <p>Muy difícil desde niño.</p> <p>Estar activa.</p>
<p>¿Se siente sola? (11) No. Yo nunca me he sentido sola porque mi esposo siempre ha estado ahí.</p>	<p>REDES DE APOYO</p>	<p>Esposo</p>
<p>¿Sus sueños y proyectos de vida se vieron truncados por la situación que generó la enfermedad de su hijo/a? (12) Sí. A nivel personal.</p>		

<p>¿Siente que su vida amorosa se ha visto perjudicada por la enfermedad de su hijo/a? (13) Sí. Más o menos. A veces.</p>		
<p>¿Hasta qué punto se siente responsable por las condiciones de su casa, su trabajo, las relaciones con los demás? (14) Totalmente responsable.</p>		
<p>¿Siente que su salud física y emocional ha cambiado por la enfermedad de su hijo/a? (15) Si. Porque desde que le diagnosticaron la esquizofrenia, no sé, a veces se decae uno.</p>	ESTADO DE ANIMO	Decaído
<p>¿Piensa que tiene tiempo suficiente para usted debido a la enfermedad de su hijo/a? (16) No.</p>	TIEMPO PARA ELLA MISMA	Poco tiempo
<p>¿Piensa que su vida social se ha visto afectada por la enfermedad y los cuidados que debe tener con su hijo/a? (17) Sí, claro. Mucho.</p>	VIDA SOCIAL	Muy afectada por la enfermedad del hijo
<p>¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su hijo/a? (18) Sí, porque más de la mitad del tiempo uno piensa en ellos. Uno es: ¿qué estará haciendo? ¿Será que va a cambiar? ¿Será que cuando vuelva va a volver a recaer? Uno mira a los compañeros y ahí están, o sea que si va a volver a recaer.</p>	SENTIDO DE LA VIDA DE LA MADRE PERCEPCIÓN DEL HIJO	Pensar en él. Va a volver a recaer

ENTREVISTA 4	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
<p>¿Ha tenido alguna pérdida o frustración importante por la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(1) Claro. Muchas, él está diagnosticado desde los 17 años.</p> <p>Y él en un ataque que le dan a los esquizofrénicos, nosotros lo llevamos al médico, el médico no lo quiso tratar. Que no, que él estaba bien, que él podía estar en la casa muy tranquilo. Entonces le dije: Doctor pero es que él tiene un mes que no come en forma, no come bien, si se come una comida al día al día es mucho. Él si en la noche se come un perro caliente y al otro día en la noche se come el otro y él en todo el día no come nada, no toma nada. Estaba súper delgado.</p> <p>No, no, no vea mañana lo lleva a una cita no programada pa' que le manden _____ pero él puede estar en la casa. Nosotros siempre que lo llevábamos a él a la clínica buscábamos ayuda de un profesional y había un enfermero que siempre no lo llevaba porque él siempre había que llevarlo amarrado. Y el enfermero habló con el médico y todo y él le dijo que no, que él estaba bien y entonces no lo llevamos para la casa y a la semanita completa él me atacó. O sea él tenía _____. Él en ese momento tenía _____. Entonces él me atacó, de la crisis que él tenía, él me atacó, él me dio a mí catorce puñaladas, que estoy viva porque Dios es grande y maravilloso. Eso fue a las 6 de la mañana, mi esposo había salido a trabajar...</p> <p>Vea, yo toda la semana había estado huyéndole porque lo veía muy mal, él estaba en la casa entonces yo salía y me iba, yo le dejaba la puerta de la casa abierta, solamente le di las llaves de la reja. Entonces dos días antes yo había estado toda la tarde</p>	<p>PÉRDIDAS</p> <p>SENTIDO DE LA VIDA DE LA MADRE</p>	<p>Vivir por las necesidades de él.</p> <p>Estar ahí siempre para ayudarlo.</p>

deambulando, como que si no tuviera casa porque yo o veía a él muy mal, entonces él		
--	--	--

<p>llegó a la casa y la niña me llamo y me dijo “mami yo voy a ir a la casa a bañarme, ella estaba donde el otro hermanito, y yo le dije no mami no porque Luis está por ahí y está muy mal. Y entonces el hermanito me dijo no mamá vea si él se pone de muy agresivo yo le doy un par de palazos y yo Fabián pero si él está mal de la cabeza como le vamos a pegar. Bueno la cosa se quedó así entonces ese día yo estuve toda la tarde en la calle, llegué en la noche y él llegó como las 8:30, 9:00 de la noche, pero él dentro muy mal, yo lo vi muy mal y me dice jum me dejastes toda la tarde en la calle ¿no? Y yo le dije amor toda la tarde no acuérdate que tú tienes llaves de aquí de abajo y la puerta quedó abierta, la casa quedó abierta y Usted sabe que usted tiene llaves de aquí de la calle, entonces si usted las tiene usted abre la puerta sube y arriba está abierto, yo no lo dejé en la calle porque quise, le dije yo ¿va a comer? No, yo ya comí. Al momentico volvió a salir, pero yo lo veía a él todo raro. Cuando volvió y dentro llegó y pudo una cobija en la puerta, la puerta tenía una entrelocia y ahí metió una cobija, y yo niño quita esa cobija de ahí que eso se ve muy feo, no me contestó nada, y yo ¿Luisito va a comer? No, volvió y salió. Al rato volvió y entró, entonces la niña me había dicho, má yo no quiero amanecer aquí en la casa, y yo, pero por qué yura? Y me dice mami lo que pasa es que a mí me da miedo que Luis nos agarre a puñaladas y yo pues mami usted porque dice eso, usted sabe que su hermanito está enfermo de la cabeza, bueno la cosa se quedó así ella se fue a amanecer donde una primita y mi esposo salía a las 4 de la mañana a trabajar porque él cuando eso manejaba buseta. Él se fue, entonces él me dijo mami arréglese que yo vengo ahorita y nos vamos a tomar café, yo no al quiero dejar acá sola. Y yo no hágale que yo me levanto y me</p>		
--	--	--

<p>organizo, y yo no me imaginé que él fuera a madrugar tanto, él nunca madrugaba, yo estaba acostada en la pieza de la niña, entonces cuando yo sentí que él se despertó</p>		
---	--	--

y yo ay Dios mío ya se despertó este muchacho y va a pedir plata , porque lo primero que él pedía era plata, cuando bueno la cosa se quedó así, yo me quedé en la cama calladita haciéndome la dormida, llegó y me tocó la puerta, entonces yo me levanté y yo hola amor como amaneció? No me contestó. Yo ¿papi que cómo amaneció? y yo si lo notaba a él algo raro, yo llegué dentro al baño, me cepillé los dientes. Salí a la pieza cuando yo lo vi a él todo raro, él dentro a la cocina, y se dentro a la pieza de yurany y se sentó en la cama y yo lo veía con la pierna estirada y con la mano así, pero de esas cosas que yo no le paré bolas y él me miraba y me miraba, entonces cómo él empezó a mirarme con una mirada toda rara ya yo empecé a sentir como nervios, como ese miedito. Y él se paró y se volvió y se fue pa' la cocina, cuando él se fue pa la cocine yo dije esta es la oportunidad de salir. Yo iba en la mitad de la sala, yo iba abrir la puerta cuando yo no sé, él sintió seguramente los pasos y se vino de una. ¿Y usted para dónde va? Claro yo quedé así.

Yo iba abrir la puerta, cuando él, usted para dónde va. Así todo fuerte. Todo duro. Gritado. A mí me dio una cosa tan horrible y yo. No, no pa' ninguna parte, pa' ninguna parte. Entonces llegué y me regresé y ahí me dieron ganas de hacer chichi y dije, me oriné aquí, entonces entré al baño a orinar, cerré la puerta. Cuando lo que nunca, es que nunca me había pasado. Yo llegué, abrí la puerta, la puerta abría hacia afuera entonces el murito del baño, entonces yo llegué abrí la puerta del murito del baño y me asomé, cuando me asomo lo veo parado así en toda la puerta de la pieza de él con el cuchillo, yo lo único que hice fue, yo hijo no me vaya amatar, Luis no me vaya a matar. Yo me regresé para el baño y abrí la puerta y empecé a jalarla, entonces él le metió la mano, claro él al meterle la mano no me dejaba cerrar la puerta pa' trancarla por dentro. Yo me resbalé en el

<p>suelo y caí arrodillada. Cuando yo caí, él me atacó, las primeras fueron las de la cara, yo</p>		
--	--	--

batallé mucho rato con él en el baño, yo gritaba. Y la gente del tercer piso no hizo nada, ellos estaban ahí.

La mirada de él era perdida, perdida, perdida, él ni parpadeaba, era una mirada fija, perdida por completo. Yo batallé mucho con él en el baño, incluso yo le agarraba el cuchillo pa' que no me lo enterrara, yo me lleve esto de lado a lado, las dos manos, este dedo, este dedo, me lo desboquetó aquí. Me puso las manos acá pa' ahorcarme, me tapó la nariz, no, él que no hizo. Entonces él como vio que yo no me morí él Salió como a buscar algo con qué terminar de matarme, yo quedé privada, yo quedé inconsciente unos segundos, yo sentí una brisa en la cara, como cuando a usted le ponen un ventilador en la cara, yo sentí una brisa fría yo ahí mismo abrí los ojos, cuando yo abrí los ojos yo me estaba ahogando con un poco de sangre, entonces yo volteé la cara y boté toda esa sangre que tenía en la boca, como pude yo me arrastré así del piso y me enderece y me sentí arrecostada a la pared. Como pude yo me vine así arrastrada y me senté en el murito cuando yo no escuchaba nada, todo era un silencio un silencio. Y yo callada. hay diosito por favor ayúdeme por favor ayúdeme que este muchacho no me vaya a matar diosito ayúdeme, cuando de repente yo sentí que él venía, yo no sé cómo me paré de ese muro y cerré la puerta y le eche pasador y el agarro la puerta y como vio que no se le abrió se fue pa la cocina descargo un destornillador que traía encima del pollo, la ropa en sangrada toda se la quitó, con una camisa lo más de bonita que él tenía blanca limpio los zapatos que eran blancos por encima y por debajo eran todas las huellas llenas de sangre yo sentí que cerraron la puerta dela calle. Pero el susto mío era que él hiciera la musa que iba a salir, como había unas escalas que iban al tercer piso y estaban condenadas ahí se podía esconder

<p>tranquilamente, entonces él cerró la puerta y se fue. Como a los 5 10 minutos yo sentí que alguien llegó. Yo lo único que dije fue, se</p>		
---	--	--

<p>regresó, y yo diosito que él crea que yo estoy muerta. Cuando era mi esposo, y él era mami usted donde está y yo la voz de él la confundía con la de Luisito.</p> <p>Esposo: Yo cuando llegué y encontré eso abierto y las paredes y las escalas llenas de sangre yo ahí mismo Salí al trote pa' arriba, abrí la otra puerta cuando...</p> <p>Cuando él ya llegó a la nevera, al frente de la pieza de Luis y del baño, él volvió y me dijo, mami usted donde está. Y yo le dije papi seguro es usted, es usted, yo le pregunté tres veces, ¿seguro es usted? Si soy yo. Entonces ya yo llegué abrí la puerta del baño y salí, y él lo que hizo fue salir corriendo a buscar que la policía, y el que sale y yo que salgo detrás de él.</p> <p>Esposo: yo lo que Salí fue a buscar donde era que estaba Luis a ver si era que lo veía por ahí. Entonces ya cogí la cargue y la organice. Él venia del parque de avisarle a policía y yo iba entonces ya yo en el parque me desgoncé, yo no perdí el conocimiento porque yo me acuerdo hasta que llegue al hospital y todo, pero si ya no me daba más el cuerpo, ya el desaliento ya era mucho, entonces ya llegó la ambulancia. El llamo a la niña, mami bájese que su hermanito apuñalo a su mamá, entonces ya bajó la niña, y le avisó al otro hermanito porque él siempre ha vivido solo. Entonces ya después de eso el hogar se me intranquilizó todo, tratamiento para mí, para mi hija, mi esposo iba a trabajar maluco, Luis se perdió desde eso no lo volvimos a ver, hasta nos disfrazamos de indigentes para ir a buscarlo a todas esas partes donde ellos se meten.</p>		
<p>¿Ha realizado actividades físicas para sobrellevar las situaciones que genera la enfermedad de su hijo/a?</p>		

<p>¿Tiene sus propios intereses personales?</p> <p>(3) Sí, nosotros estábamos ahorrando para comprar una casita.</p>		
<p>¿Es capaz de salir y relacionarse con la gente?</p> <p>(4) sí</p>		
<p>¿Además de la enfermedad de su hijo, que otras cosas son importantes para usted en su vida?</p> <p>(5) Mi familia, mis otros dos hijos, mi esposo, recuperar esa estabilidad que teníamos, nuestro núcleo familiar.</p>	PRIORIDADES	Familia
<p>¿Hay otras cosas que también son importantes?</p>		
<p>¿Se toma descansos para pensar en sus propias necesidades? (7) No, muchas veces no.</p>		
<p>¿Ha pensado en realizar cambios en su vida (cambiar de lugar de residencia) por la situación con su hijo/a?</p> <p>(8) Si y ya lo hicimos porque en el barrio que estábamos era donde él tenía todas esas malas amistades.</p>	MOTIVACIÓN DE CAMBIOS EN SU VIDA	Por las amistades del hijo.
<p>¿Cuál cree que es la manera de que las cosas mejoren y/o cambien?</p> <p>(9) Que a Luis si le sirva estar allá donde está en estos momentos.</p>	MEJORAMIENTO DE LA VIDA	Que a su hijo le sirva estar en el lugar donde realiza el tratamiento.

<p>¿Tiene estrategias para reaccionar ante determinadas situaciones o solo espera que pasen?</p> <p>(10) Yo siempre que lo veo mal, le huyo, me voy por ahí y después cuando ya están todos en la casa voy.</p>	<p>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</p>	<p>Mantenerse alerta, huir, evitar.</p>
<p>¿Se siente sola?</p> <p>(11) No, yo siempre he estado muy acompañada de mis otros hijos y mi esposo.</p>	<p>REDES DE APOYO</p>	<p>Esposo, otros dos hijos.</p>
<p>¿Sus sueños y proyectos de vida se vieron truncados por la situación que generó la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(12) Si, claro, porque nosotros teníamos la meta de comprar la casita y estábamos ahorrando y todo, todos los ahorros se gastaron en Luis y todo lo que ha pasado.</p>		
<p>¿Siente que su vida amorosa se ha visto perjudicada por la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(13) No. Él y yo siempre hemos sido unidos con todo lo de Luis.</p>		
<p>¿Hasta qué punto se siente responsable por las condiciones de su casa, su trabajo, las relaciones con los demás?</p>		
<p>¿Siente que su salud física y emocional ha cambiado por la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(15) sí</p>		
<p>¿Piensa que tiene tiempo suficiente para usted debido a la enfermedad de su hijo/a?</p> <p>(16) No. Porque yo siempre estoy pendiente de Luis, sobre todo cuando yo lo veo tan mal.</p>	<p>TIEMPO PARA ELLA MISMA</p>	<p>Poco tiempo</p>

<p>¿Piensa que su vida social se ha visto afectada por la enfermedad y los cuidados que debe tener con su hijo/a? (17) Un poquito sí, pero también tengo 2 o 3 amigas de siempre que los hijos también tienen el mismo problema de Luisito.</p>	VIDA SOCIAL	afectada por la enfermedad del hijo
<p>¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su hijo/a? (18) por épocas.</p>		

Cartas.

Participante 1.

Esta carta es dirigida a ti te la manda tu mamá, con el fin de decirte tantas cosas que tal vez no he tenido oportunidad de hacerlo.

Quiero que tengas confianza en ti mismo y no te sientas menos que nadie y no tengas miedo de reunirte con las personas sobre todo con tus hermanos; hay que recuperar los valores que perdiste y la confianza en ti mismo y eso lo vas a recuperar sintiéndote libre de esos vicios y dejándolo por completo.

Te quiero mucho y confío en ti y en dios que puedas recuperarte del todo.

Mamá la que te quiere mucho y espera mucho de ti.

Participante 2.

Con la ayuda de Dios, tengo fe que mi hijo va a salir muy bien dela clínica del oriente y procurara llevar a cabo todo lo aprendido allá y todas las ayudas que tuvo, aunque cuando está en casa hace caso omiso de lo que se le dice, procura por comportarse bien ya que él sabe que daña el tratamiento y que él es el que pierde porque lo castigan sin salidas y visitas Yo procuro llevar todas las normas y decir todo lo malo que él hace así él se enoje pero comprende que es por su bien y que esta supremamente bien a cómo llegó allá. A él le brindaron cariño, acompañamiento, comida, leche, medicamento. En todos los momentos están pendientes de él y de su superación, si me gradúo allá y sigue estudiando más que

agradecida con ellos que me han colaborado tanto mil y mil gracias. Dios los bendiga siempre.

Participante 3.

Yo he pensado mucho sobre nuestra situación familiar, nos hemos preparado para luchar en pro de nuestra unión y eso lo lograremos juntos.

Espero tu pronta recuperación y aceptación a la nueva vida social que te espera con los brazos abiertos y llena de expectativas.

Cuenta siempre con nosotros en las buenas y en las malas. Hay que luchar y cambiar para bien, acogiendo nuevas amistades y nuevos proyectos de vida.

Te queremos mucho y siempre.

Mamá.

CATEGORÍAS

	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ENTREVISTA
EXPERIENCIA DE VIDA	Pérdidas	Mi espacio, todo	E1(1)
		Materiales	E2(1)
SENTIDO DE VIDA	Sentido de la vida de la madre	Vivir por las necesidades de él.	E1(1)
		Pensar en él.	E1(18)
SOCIABILIDAD	Actividades que realiza	Vueltas, ir a misa, caminar, visitar a la familia.	E1(2)
		Trabajar y caminar	E2(2)
		Deporte, gimnasia	E3(2)
REDES DE APOYO	Redes de apoyo	Sociales	E1(4)
		No tiene redes de apoyo a nivel social	E3(16)
		Esposo	E1(11)
SENTIDO DE VIDA		Familia	E3(5) E1(5)

	Prioridades	Pareja	E1(6)
		Hija	E2(5)
	Función de los nietos	Ayudarle a llevar la carga	E1(5)

CALIDAD DE VIDA	Motivación de cambios en su vida	Por las amistades del hijo.	E1(8)
	Mejoramiento de la vida	Que su hijo cambie, se defienda por sí solo.	E1(9)
EXPERIENCIA DE VIDA	Estrategias de afrontamiento	Mantenerse alerta	E1(10)
		Evitación	E3(4)
SENTIDO DE VIDA	Función de la madre	Estar activa.	E1(10)
		ayudarlo	E3(1)
ESTADO DE ANIMO	Estado de ánimo	Decaído	E1(15)
		Inestable	E3(11)
SENTIDO DE VIDA	Tiempo para ella misma	Poco tiempo	E1(16)
SOCIABILIDAD	Vida social	Muy afectada por la enfermedad del hijo	E1(17)
EXPERIENCIA DE VIDA	Percepción del hijo	Va a volver a recaer	E1(18)
		Si él no está fumando es una gran persona, si él no está consumiendo ese vicio, él no tiene defectos.	E3(8)
		Muy difícil desde niño	E1(10)
		Frustración	E3(1)

ESTADO DE ANIMO	Emoción	Insatisfacción	E3(3)
		Angustia	E3(7)
		Impotencia	E3(7)
		Ansiedad	E3(11)
		Soledad.	E3(10)
		Tristeza	E3(7)
		Miedo	E3(13)
CALIDAD DE VIDA	Familia	Ambiente familiar	E2(6)
		Calidad de vida	E3(2)
		Convivencia	E3(3)
	Necesidades personales	Individualidad (crecimiento personal)	E3(6)
	Calidad de vida	Desmejoras en su salud	E3(14)
		Pérdida de la individualidad	E3(11)
		Poco tiempo para sus propios intereses	E3(15)
		Cambio de barrio	E3(7)
	Cambios a nivel personal	Quisiera vivir con la persona que tengo ahora sentimentalmente	E2(8)
		Que los hijos míos estuvieran bien mentalmente	E2(9)
Individualidad	Estabilidad emocional	E2(6)	
REDES DE APOYO	Apoyo	Llamar a Samein, a la familia y a la policía.	E3(9)
CALIDAD DE VIDA	Salud	Desmejoras en salud	E3(14)

	Intereses	Tener casa propia	E2(3)
	Vida laboral	Mi empleo	E2(6)