

ESQUIZOFRENIA EN FIGURAS PARENTALES UNA REVISIÓN DESDE LA
ESTRUCTURA FAMILIAR

**KARENN LORENA MEZÚ SOLIS
MARYURY OSORIO MARÍN
LAURA MARÍA TENORIO DELGADO**

UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE NORTE DEL CAUCA
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
SANTANDER DE QUILICHAO
2015

ESQUIZOFRENIA EN FIGURAS PARENTALES UNA REVISIÓN DESDE LA
ESTRUCTURA FAMILIAR

Karenn Lorena Mezú Solís
Maryury Osorio Marín
Laura María Tenorio Delgado

Genny García Vásquez
Trabajadora Social Especialista en Derecho de Familia

UNIVERSIDAD DEL VALLE SEDE NORTE DEL CAUCA
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
SANTANDER DE QUILICHAO
2015

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primera medida a Dios por darnos la posibilidad de culminar esta etapa y por habernos brindado la posibilidad de alcanzar este logro con éxito; agradecemos también a nuestras familias por todo el esfuerzo que han realizado para que culminemos esta etapa en nuestras vidas y damos las gracias por apoyarnos en los momentos más tensionantes tanto de nuestras vidas personales como en el proceso académico.

Agradecemos también a nuestra tutora Genny García por su esfuerzo, dedicación y paciencia, pues a pesar de las obligaciones con las que se contaba en su vida nos atendió cuando lo necesitamos, de igual manera agradecemos a las familias que hicieron partícipes de este proceso pues sin ellas ¿hubiera sido imposible alcanzar esta meta.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1	7
Apreciaciones preliminares.....	7
1.1. Problema de investigación.....	7
1.2. Objetivos.....	9
1.2.1. Objetivo General.....	9
1.2.2. Objetivos Específicos	9
1.3. Marco Contextual	9
CAPÍTULO 2	13
Un camino metodológico y teórico-conceptual.....	13
2.1. Estrategia metodológica.....	13
2.1.1. Enfoque y tipo de Estudio	13
2.1.2. Población	13
2.1.3. Criterios de selección	14
2.1.4. Técnicas.....	14
2.1.5. Descripción de la población.....	15
2.2. Consideraciones teórico-conceptuales.....	20
CAPÍTULO 3	27
Familia González.....	27
CAPÍTULO 4	43
Familia Cárdenas	43
CAPÍTULO 5	62
Familia Carabalí	62
CAPÍTULO 6	78
Esquizofrenia y familia tres ámbitos de la estructura familiar	78
5.1. Dinámica Familiar:.....	78
5.3. Límites.....	94
5.4. Adaptación.....	100
CONCLUSIONES.....	107

BIBLIOGRAFÍA.....	115
ANEXO	122

INTRODUCCIÓN

Atendiendo a las inquietudes que nos surgieron en el proceso de prácticas académicas la cual estuvo vinculada al campo de la salud mental, pretendemos con la siguiente monografía enfocarnos en la incidencia de la esquizofrenia en la estructura familiar de tres familias de la ciudad de Cali tratadas en el Hospital Psiquiátrico del Valle, pues de acuerdo a la revisión de antecedentes logramos encontrar que desde Trabajo Social este campo es poco investigado y el interés de la profesión se ha centrado en otros campos de salud diferentes a este, existen entonces una poca focalización en la investigación de la salud mental y en especial de la esquizofrenia que es un trastorno que impacta a la familia de manera conjunta.

En este sentido, ésta monografía analiza esta situación desde la familia y los escenarios que en ella emergen cuando existe esquizofrenia en alguna de las figuras parentales, así pues, comprendemos el porqué es importante llevar a cabo la investigación dado que el tener la condición de esquizofrenia afecta a la persona en todas sus dimensiones en especial la familiar; por tal motivo en esta monografía se presenta un análisis por familias el cual da cuenta de su dinámica, límites y el proceso de adaptación en relación a la aparición de la esquizofrenia en una de las figuras parentales.

CAPÍTULO 1

Apreciaciones preliminares

1.1. Problema de investigación

La concepción de salud mental se ha modificado a través de la historia de acuerdo a la coyuntura social de cada época, por ende se puede evidenciar la transición que se ha tenido desde la antigüedad donde se consideraba que las patologías mentales tenían una connotación religiosa que buscaba crear un control social de los llamados en ese entonces “locos”, debido a que estas personas eran excluidas de la sociedad como una medida de prevención a las alteraciones del orden social (Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales, 2003).

Sin embargo, con el pasar del tiempo la concepción de salud mental adquiere una estrecha relación con la visión integral del sujeto ya no respondiendo a la categoría de sano o enfermo de un criterio médico sino más bien desde criterios consensuales de orden social, económico y político (Fromm; 1976), reconociendo además que esta condición se encuentra permeada a nivel relacional no solo a nivel familiar sino también contextual.

Por lo anterior se ha decidido abordar la salud mental como eje central de la siguiente monografía, dado que se busca conocer cómo incide la esquizofrenia del padre o de la madre en la estructura de tres familias teniendo en cuenta lo planteado por Anderson, Reiss, Hogarty (2001), quienes manifiestan que la esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en la red de apoyo familiar, ya que la experiencia de crisis por la condición del miembro de la familia desestabiliza y genera conflicto en la mayoría de los integrantes de la misma.

En este sentido se puede vislumbrar que la condición de una persona al tener esquizofrenia la afecta tanto en lo físico, biológico, social, psíquico, familiar, ambiental entre otros aspectos, identificando con ello que son sujetos

integrales que deben ser reconocidos en un contexto social y no de manera aislada a sus condiciones.

En coherencia con lo anterior en esta investigación se hará énfasis en una de las condiciones del campo de la salud mental, como lo es la esquizofrenia, la cual se ha entendido según la organización mundial de la salud como “un trastorno mental en el cual el deterioro de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad” (1992, citado en Rejas 2011:10).

Aunque se reconoce tal definición de la esquizofrenia, tendremos en cuenta la planteada por Anderson, Reiss, Hogarty (2001; 44) quienes la definen como un proceso de disfunción cerebral sujeto a influencias experienciales, lo anterior es de importancia para la monografía en la medida en que concibe la esquizofrenia desde una condición diferente a la netamente biológica que desliga al individuo de su integralidad.

En este orden de ideas, los autores plantean la esquizofrenia como una condición del individuo, que interfiere en su sistema relacional, lo que es de interés para el Trabajo Social dado que la disciplina tiene en cuenta el contexto y las redes de apoyo con las que cuentan los sujetos, de esta manera es pertinente abordar la esquizofrenia para lograr una vinculación entre el área de la salud mental, la red de apoyo familiar y Trabajo Social.

Así, según este rastreo de antecedentes se puede evidenciar que las personas con esquizofrenia muestran alteraciones en su conducta, percepción distinta de la realidad, entre otros, sin embargo lo que interesa en este trabajo no es la esquizofrenia como enfermedad sino la incidencia que se pueda presentar en la estructura familiar al tener un padre o una madre con esta condición, teniendo en cuenta que la familia contiene un sistema de normas, límites, pautas y roles que la constituyen.

Por consiguiente como pregunta de investigación se plantea ¿Cómo incide la esquizofrenia del padre o de la madre en la estructura familiar de tres familias de la ciudad de Cali tratadas en el Hospital Psiquiátrico del Valle en el año 2015?; de esta forma se convierte en un problema de investigación cuando se comprende que las familias conforman, transforman y dinamizan el tejido social, dando por sentado que al interior de las familias se da un sistema relacional que por la misma condición permite comprender que se podrían generar modificaciones si alguno de sus miembros cambia, de ahí el hecho de que se tenga interés específico en identificar cómo se da ese proceso.

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo General

- Analizar la incidencia de la esquizofrenia del padre o de la madre en la estructura familiar de tres familias de la ciudad de Cali tratadas en el Hospital Psiquiátrico del Valle en el 2015.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar la dinámica familiar de las tres familias.
- Establecer la manera en que las familias han determinado los límites entre los subsistemas y su entorno.
- Determinar el proceso de adaptación de la familia frente la aparición del trastorno de esquizofrenia.

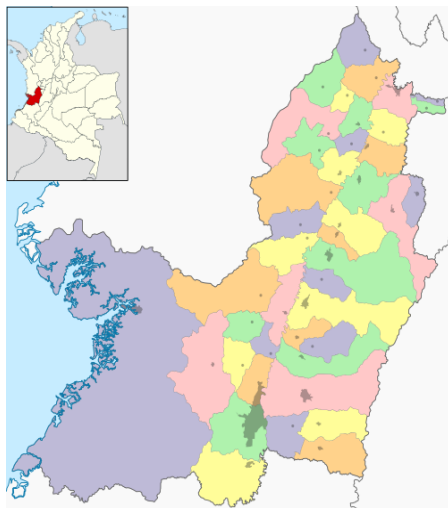
1.3. Marco Contextual

Colombia en el año 2013 creó la Ley 1616 de Salud Mental debido a la necesidad del Gobierno Nacional de garantizar el ejercicio del Derecho a la Salud integral en la población Colombiana, dando también respuesta al Artículo 49¹ de la

¹ *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia*

Constitución Política de Colombia de 1991, así pues, esta normatividad se presta gracias a que tanto a nivel internacional como nacional, la salud mental en las últimas décadas se ha convertido en un desafío de la Salud pública en el mundo dado que se estima en promedio que cerca de cuatrocientos cincuenta millones de personas padecen algún trastorno mental o enfermedad mental, y que menos de la mitad reciben la atención necesaria así lo plantea el Plan de Salud Mental (2011).

De igual forma se debe tener en cuenta que la Ley 1616 de Salud Mental en Colombia también surge gracias a la realización de Estudio Nacional de Salud



Mapa Valle del Cauca, extraído de:
<http://www.vallecaucanadeaguas.gov.co/>

Mental Colombia, 2013 que propuso realizar un diagnóstico de la salud mental en cuanto a las condiciones, situaciones y trastornos mentales donde también se pretendía mencionar la calidad de vida y bienestar de los NNAA², actualizando el Estudio de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas 2003, con el fin de ser una herramienta para planificar acciones basadas en enfoques de atención integral, preventivos y promocionales en esta área.

Así pues el Estudio Nacional de Salud Mental 2013 y la Organización Mundial de la Salud indica que dos de cada cinco personas en el país han presentado trastornos mentales en algún momento de su vida, así que como lo manifiesta el Ministerio de Salud, 2013 en el Boletín de Prensa No 016 de 2013, *la ley busca responder a las necesidades de promoción,*

y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

² Niños, niñas, adolescentes y adultos.

prevención del trastorno mental y la prestación de servicios para atender la carga oculta de pacientes con problemas de salud mental.

En este sentido y teniendo en cuenta los anteriores datos tendremos en cuenta a tres familias del Valle del Cauca que han pasado por hospitalización entre el 2013 – 2015 en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle³, siendo esta una entidad que se especializa en la intervención de salud mental y se caracteriza por ser de tercer nivel de atención, es de carácter público y es el centro de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente del país.

Se encuentra ubicado al Sur de la ciudad de Cali en el barrio Caldas, atiende población del Valle del Cauca como lo demuestra el Programa de Salud Comunitaria del Valle del Cauca (2009) que reporta que los Municipios del Departamento cuando requieren servicios especializados de psiquiatría casi en un 46% remiten a las personas al HPUV, de igual manera atiende a población de Departamentos aledaños por lo tanto su público objetivo es de amplia magnitud.

Cabe mencionar que en el departamento del Valle según el Perfil de los Trastornos Mentales (2010) se encuentran aproximadamente 16.313 casos de personas diagnosticadas con algún trastorno mental, al analizarlos de acuerdo a categorías agrupadas por el CIE10 se observa que los trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos aportan el mayor porcentaje con un 23% y en el segundo lugar se encuentran los trastornos como: esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes siendo el 21% del total de casos, así que en gran parte la población que atiende el hospital se da por estos diagnósticos.

Por ende reconociendo la esquizofrenia como una enfermedad con un alto grado de impacto en el Departamento del Valle del Cauca se decide investigar en tres familias que tienen un padre o una madre con este trastorno y que se haya encontrado en hospitalización para analizar la manera en que las familias se han organizado y han convivido con esta situación realizando un reconocimiento tanto

³ HPUV, Hospital psiquiátrico universitario del Valle.

de la condición de esquizofrenia y a su vez estableciendo unas recomendaciones para que desde Trabajo Social se realicen procesos de intervención con familias.

CAPÍTULO 2

Un camino metodológico y teórico-conceptual

2.1. Estrategia metodológica

2.1.1. Enfoque y tipo de Estudio

Este trabajo investigativo es de tipo descriptivo y de índole cualitativo, entendiéndolo como “una construcción de consensos fundamentados en el dialogo y la intersubjetividad, basando el conocimiento mediante la cooperación estrecha entre investigador y actores sociales” (Casilimas, 2002:15) debido a que nuestro interés estuvo enfocado en analizar la incidencia de la esquizofrenia en la estructura familiar cuando se presenta en una de las figuras parentales, por lo tanto se requirió indagar las perspectivas, significados, vivencias de las familias para tener en cuenta los diversos aspectos que arrojan las técnicas de carácter cualitativo, además este tipo de estudio necesitó de una interacción entre las familias y el investigador logrando con ello un análisis de la realidad desde la voz del propio actor y su relación con el fenómeno que se estudió, lo que permitió así indagar, analizar y dar respuesta al objetivo principal.

2.1.2. Población

Es importante aclarar que como no es un estudio cuantitativo sino de índole cualitativo no se realizaron generalidades, escogiendo una muestra plural e impar, es decir tres familias que tienen un padre o una madre con esquizofrenia que residan en el Valle del Cauca.

En concordancia con lo anterior, se referencia como población a todas aquellas familias que presenten un padre o madre con esquizofrenia en el Departamento del Valle del Cauca, sin embargo como unidad muestral son solo tres familias con esta características, definidas para la investigación utilizando el muestreo por

conveniencia definido por Casal (2003) como una selección que se realiza por métodos no aleatorios donde lo importante de la elección fue que la muestra tenga características similares a la población objetivo, determinándola el investigador de manera subjetiva.

2.1.3. Criterios de selección

Como criterios de selección para la investigación se presentó tres familias que tuvieran un padre o una madre con esquizofrenia tratadas en el hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, que se encontraran conviviendo con los hijos o con la familia extensa, además que la familia lleve coexistiendo con la enfermedad mínimo dos años.

2.1.4. Técnicas

Al realizar la investigación se llevó a cabo seis entrevistas semi-estructuradas, dos por familia que se dividieron en una entrevista al cuidador o cuidadores y otra entrevista a los hijos del miembro que tiene la esquizofrenia, teniendo en cuenta que en algunas familias los hijos son al mismo tiempo cuidadores, permitiendo con esto al entrevistado exponer su voz ante un tema que le es propio. La entrevista es entonces, aquella herramienta que nos permitió rescatar elementos primordiales para nutrir nuestro principal interés que va dirigido a la estructura familiar mientras se presenta una patología psiquiátrica (Esquizofrenia) al interior de la familia, aquí lo más importante es que se rescatan elementos desde la voz del propio actor, entendiendo como entrevista semi-estructurada según Sabino (1992:119) como “aquellas entrevistas más formalizadas que se guían por una lista de puntos de interés que se van explorando en el curso de la entrevista”.

Así mismo se utilizó el ecomapa, diagrama vincular y genograma que permitieron visualizar las pautas transaccionales, las relaciones entre los subsistemas para realizar los análisis pertinentes y dar respuesta a nuestro objetivo principal, Sánchez (2011) referencia estos como esquemas que permiten registrar información básica y relaciones de parentesco, además las relaciones con otros

sistemas sociales, en este sentido también se utilizaron matrices metodológicas que nos permitieron consignar la información facilitando el proceso de codificación para realizar el análisis pertinente.

Es relevante dejar claro que dichas técnicas no se trabajaron con los progenitores debido a que son quienes tienen la condición de esquizofrenia, por lo tanto se evitó cualquier tipo de estrés o alteración a la persona con el fin de velar por el bienestar de su salud mental, de igual manera se utilizaron pseudónimos en la descripción y análisis de las familia para proteger la privacidad de los miembros de éstas.

2.1.5. Descripción de la población

Para lograr establecer un contacto con las familias objeto de estudio se utilizó la base de datos de la Fundación Salud Mental del Valle la cual fue centro de prácticas académicas, además de la colaboración de la Trabajadora Social del Hospital Psiquiátrico del Valle. A partir de los datos suministrados se logró generar un contacto telefónico con cada una de las familias con las cuales se desarrollaron entrevistas en sus domicilios o en lugares propuestos por la misma, la duración de las sesiones fue de aproximadamente una hora, llevadas a cabo por solo dos entrevistadoras del equipo investigativo, para evitar intimidar a la población.

Dicho contacto permitió obtener información relevante para la monografía, por lo tanto en este apartado se presenta una caracterización⁴ de los aspectos socio económico de las familias, sus composiciones y un breve perfil de la persona que tiene esquizofrenia.

2.1.5.1. Familia González

Persona con esquizofrenia: Silvana (Madre)

⁴ Es importante aclarar que los nombres y apellidos mencionados en este documento son seudónimos que pretenden proteger la verdadera identidad y guardar con ellos la privacidad que se requiere.

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide

Lugar de residencia: Alfonso López

Estrato socio-económico: 3

Grupo étnico: Mestizos

Origen: Cali

Tipo de familia: Extensa

Creencia religiosa: Católica

Ciclo vital de la familia: Familia con hijos adultos

Enfermedades de la familia: mentales, cognitivas y diabetes

Hábitos de vida: consumo de cigarrillo

Composición familiar: Presentación de los miembros y sus particularidades

Nombre	Parentesco y particularidad	Sexo	Edad	Estado Civil	Nivel Educativo	Ocupación	Vive en casa
Silvana	Persona con esquizofrenia -madre-	F	54	Separada	Bachillerato	Ama de casa	Si
Héctor	Ex esposo de Silvana	M	51	Separado	Profesional	Abogado	No
Juan	Padre de Silvana	M	84	Viudo	Primaria incompleta	Pensionado	Si
Vicky	Hermana de Silvana	F	41	Casada	Profesional	Administradora	No
Diana	Discapacidad cognitiva -Hermana de Silvana-	F	53	Soltera	Primaria incompleta	Estudiante	Si
Viví	Hija de Silvana	F	28	Unión libre	Técnica	Independiente	Si
Álvaro	Yerno de Silvana	M	30	Unión libre	Bachiller	Vigilante	Si
Julián	Nieto de	M	8	Soltero	Primaria	Estudiante	Si

	Silvana						
Javier	Nieto de Silvana	M	3	Soltero	Primaria	Estudiante	Si

Perfil de Silvana:

Mujer de 54 años, bachiller, entregada a los negocios en gran parte de su vida, vendiendo bienes raíces y comerciando con el oro, separada, con dos hijos uno ya fallecido a causa de accidente de tránsito y su hija menor establecida como su cuidadora principal, entre las características físicas se encuentra que Silvana es de estatura media (1.63), de tez blanca, canosa y con aspecto plano, refieren sus familiares que antes de la aparición de la esquizofrenia era alegre, trabajadora, vivaz, entregada a sus hijos, risueña y charlatana, virtudes que se fueron perdiendo con la llegada de la esquizofrenia.

Breve descripción de la vivienda:

Vivienda propia, plurifamiliar, de tres pisos, en obra blanca, cuentan cada uno con su respectiva habitación, varios baños, dos cocinas, sala de televisión, salón de patio, se evidencia bien iluminada, cuenta con la mayoría de servicios públicos, se observa buenas condiciones de aseo.

2.1.5.2. Familia Cárdenas

Persona con esquizofrenia: Carmenza (madre)

Diagnóstico: Esquizofrenia indiferenciada

Lugar de residencia: Villa Blanca

Estrato socio-económico: 2

Grupo étnico: Afrocolombiana

Origen: Nariño

Tipo de familia: Extensa

Creencia religiosa: Católica

Ciclo vital de la familia: Familia con hijos adolescentes

Enfermedades de la familia: No conocida

Hábitos de vida: consumo de cigarrillo, consumo de alcohol.

Composición familiar: Presentación de los miembros y sus particularidades

Nombre	Parentesco y particularidad	Sexo	Edad	Estado Civil	Nivel Educativo	Ocupación	Vive en casa
Carmenza	Persona con esquizofrenia -madre-	F	59	Separada	Primaria	Ama de casa	Si
Lucas	Ex esposo de Carmenza	M	59	Separado	-----	-----	No
Gina	Hija de Carmenza -cuidadora-	F	37	Unión libre	Bachiller	Cocinera	Si
Leonardo	Yerno de Carmenza	M	47	Unión libre	Bachiller	Constructor	Si
Elsa	Hija de Carmenza	F	33	Unión libre	Bachiller	Desempleada	No
Jimmy	Nieto de Carmenza	M	17	Soltero	Bachiller	Estudiante	No
Kamilo	Nieto de Carmenza	M	14	Soltero	Primaria	Estudiante	Si
Carolina	Nieta de Carmenza	F	6	Soltera	Primaria	Estudiante	Si

Perfil de Carmenza:

Mujer de 59 años, cuenta con primaria aprobada, empleada de servicio generales antes de la esquizofrenia, actualmente realiza esta actividad en negocios familiares, se encontraba viviendo con el señor Lucas en calidad de unión libre pero hace varios años se separó por situaciones de maltrato psicológico, verbal y físico, después de aparecer la esquizofrenia sus dos hijas se establecieron como

cuidadoras principales y en cambio sus dos hijos participaron desde el sustento económico; entre las características físicas se encuentra que Carmenza es de estatura alta (1.69), de tez morena, cabello castaño oscuro mirada hostil⁵ y contextura gruesa.

Breve descripción de la vivienda:

Vivienda en calidad de arrendamiento, en obra negra, tres habitaciones compartidas, cocina, sala comedor, cuentan con servicios públicos, se evidencia poca iluminación y ventilación, se observa con condiciones de aseo desfavorables.

2.1.5.3. Familia Carabalí

Persona con esquizofrenia: Julián (padre)

Diagnóstico: Esquizofrenia indiferenciada

Lugar de residencia: Marroquín

Estrato socio-económico: 1

Grupo étnico: Afrocolombianos

Origen: Buenaventura

Tipo de familia: Nuclear

Creencia religiosa: Católica

Ciclo vital de la familia: Familia con hijos adultos

Enfermedades de la familia: Mentales, Hipertensión

Hábitos de vida: consumo de cigarrillo, consumo de alcohol

Composición familiar: Presentación de los miembros y sus particularidades

Nombre	Parentesco y particularidad	Sexo	Edad	Estado Civil	Nivel Educativo	Ocupación	Vive en casa
Julián	Persona con	M	56	Casado	Profesional	Pensionado	Si

⁵ Evidencia agresividad a la hora de tener un contacto visual con el otro, esto pudo apreciarse en la entrevista realizada 01/10/2015 (información sustraída de diario de campo)

	esquizofrenia						
Lidia	Esposa de Julián	F	59	Casado	----	Ama de casa	Si
Jeimy	Hija	F	31	Soltera	Profesional	Contadora	Si
Liliana	Hija -Bipolaridad-	F	29	Soltera	Profesional	Administradora de empresas	Si

Perfil de Julián:

Hombre de 56 años, profesional en el área de ingeniería automotriz, actualmente es pensionado por su enfermedad mental, convive con sus dos hijas profesionales quienes se encarga de su cuidado y protección, su esposa Lidia se ha dedicado a su cuidado permanente y a asumir algunas funciones que el señor Julián ya no lograba cumplir, esta familia intenta hacer a su padre lo más productivo posible por lo que lo vinculan a actividades fuera de la familia que le implique interacción con otros; entre sus características físicas se encuentra con una estatura alta (1.90), de tez afro y cuerpo robusto.

Breve descripción de la vivienda:

Entrevistas que no se realizaron en la vivienda por petición de la familia quien argumento condiciones de movilidad, por lo cual se estableció un lugar alterno, lo que conlleva a que no

2.2. Consideraciones teórico-conceptuales

La investigación tuvo en cuenta la Teoría General de los Sistemas (TGS) que según Arnold y Osorio (1998) tiene una perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de los sistemas emergen, además de la interrelación y comunicación que aquí se genere, en coherencia con lo anterior en el texto de Espinal, I. Gimeno y González, f. (2013) *el enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*, retoman a Bertanffly quien hace referencia al sistema como un conjunto de partes que interactúan entre sí de

un modo específico, ofreciendo un modelo que no solo da cuenta de los acontecimientos de las relaciones en los elementos internos del sistema, sino también del comportamiento de éste frente a los hechos que actúen sobre él, quienes de igual forma están propensos a experimentar cambios con el pasar del tiempo, cambios que serán definidos por las complejas relaciones entre las partes que lo componen, por las interacciones entre diferentes sistemas y por la aparición de propiedades emergentes.

En este sentido la TGS⁶ nos ofrece un modelo útil para explicar el funcionamiento de las familias y percibir el fenómeno de manera integral, así pues la familia se puede concebir como un sistema con identidad propia y con una manera particular de relacionarse, diferenciándolos así de otros sistemas.

En este orden de ideas se hace necesario determinar algunos conceptos que se utilizaron en el desarrollo de la presente investigación y en el análisis de la misma, teniendo en cuenta principalmente el concepto de esquizofrenia, como variable fundamental de este proceso entendiéndola según el libro “clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-Edición 10”(2009) quien establece que la característica principal de este trastorno son las distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, también compromete las funciones esenciales que dan el dominio de sí mismos, la persona que padece esquizofrenia cree que sus pensamientos más íntimos son conocidos por otros, y pueden presentarse ideas delirantes en torno a lo sobrenatural, además de un narcisismo que predomina.

Frecuentemente se evidencian síntomas como las alucinaciones en especial auditivas, otras alteraciones de la percepción los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o características alteradas creencia que las situaciones cotidianas tienen un significado especial por lo general siniestro que está planeado contra el enfermo, así el pensamiento es vago, elíptico y oscuro y

⁶ Teoría General de los sistemas

su expresión verbal a veces es incomprensible, posee un carácter caprichoso e incongruente, también pueden presentarse síntomas catatónicos.

Para nuestra investigación reconocemos la importancia de esclarecer la esquizofrenia desde el CIE10 ya que facilitará la comprensión de ésta desde el ámbito médico y su sintomatología, sin embargo, por fines investigativos y de interés, comprenderemos la esquizofrenia desde el contexto social y familiar, a fin de dar cuenta la condición de sujeto social que gira entorno a las construcciones sociales, en este sentido tendremos en cuenta la postura de Anderson, Reiss, Hogarty (2001) quienes definen la esquizofrenia como un proceso de disfunción cerebral sujeto a influencias experienciales, donde se generan conductas inadaptadas e inconscientes en los sujetos que a fin de cuentas son comportamientos “normales” de la minoría pero no aceptados por la mayoría quien los cataloga como “desviados” por un sistema cultural, que cambia conforme a la época histórica y el contexto en el que se encuentra.

Por ende cuando una persona manifiesta esta condición tiende a alterar muchos campos de su vida, así pues nos enfocamos en la incidencia de esta patología en el sistema familiar, considerando a ésta como un sistema que según la postura de Garcíandia (2005) es el conjunto de personas que participan y constituyen un sistema en sentido estricto, dado que interactúan entre si y en ese dominio de interacciones conforman una unidad global reconocible como totalidad, así que en medio de esta interacción entre los integrantes se puede vislumbrar la dinámica familiar que según Oliveira, Eternod y López (en García, 1999) conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que, tanto entre hombres como mujeres y entre generaciones, se establecen al interior de las familias, alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones.

Por consiguiente en la familia se encuentra la organización que según Minuchin (1977) es parte del sistema familiar y surge de las interacciones entre sus miembros, la organización se presenta en la familia gracias a la interrelación con regularidad que se sostiene al interior, la estabilidad y la permanencia, por tanto

van a ayudar a definir la posición de los elementos, sus funciones y la disposición de las partes en un todo formando así una unidad compleja, que integra los individuos al todo, facilitando la relación, los intercambios, la transformación de las partes y la dirección del sistema, demostrando así la conexión del sistema familiar, sin embargo cabe aclarar que a pesar de que reconocemos que Minuchin toma dos conceptos fundamentales como lo son la estructura y la organización, decidimos asumir la estructura debido a que nos permitió vislumbrar los roles, límites, pautas transaccionales y la adaptación siendo nuestro enfoque de interés.

En este sentido se debe tener en cuenta que la estructura es aquel conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Minuchin, 1977) cabe resaltar que es posible modificar la estructura si se presentan sucesos que la puedan llegar a movilizar, puesto que el cambio de un sujeto produce efectos en el otro dada la interacción que mantienen como unidad.

En este orden de ideas se puede entrever que la estructura familiar desde los planteamientos de Minuchin tiene en cuenta las etapas del ciclo vital, comprendiendo con Fischman y Minuchin (1984) autores que mencionan que son aquellas fases en las cuales transcurre el desarrollo familiar en torno al crecimiento de los hijos, se encuentran clasificadas cuatro etapas, la primera es la formación de la pareja donde se elaboran pautas de interacción y la identidad como nueva unidad de familia, la segunda etapa es la familia con hijos pequeños donde se encuentra el nacimiento del primer hijo y donde quizás se presente un proceso de crisis, como tercera etapa esta la familia con hijos en edad escolar o adolescentes, presentándose la necesidad de elaborar nuevas pautas y organizándose a nuevas tensiones como la escuela y el grupo de pares, como cuarta y última etapa se encuentra la familia con hijos adultos, en este estadio, los hijos ahora adultos crean sus propios compromisos y se presenta el “nido vacío” ya que se espera que los hijos se separen del hogar de origen.

También se debe considerar que la familia opera a través de pautas transaccionales entendidas como pautas de funcionamiento y vinculación repetitivas, donde se pueden encontrar estilos particulares de funcionamiento que pasan de una generación a otra (a veces con saltos), por ejemplo: formas específicas de afrontar problemas, roles desempeñados, profesiones, además, se pueden repetir las pautas de éxito o de fracaso, se presentan también pautas sintomáticas que tienden a repetirse de una generación a otra como pueden ser el alcoholismo, formas de violencia, suicidio, separaciones, entre otros (Sanchez,2000). Así mismo, Minuchin (1977 citado en Sánchez, 2000) menciona que las pautas transaccionales son mantenidas por dos sistemas de coacción el primero es genérico que es aquel donde implican las reglas universales de la organización familiar y el segundo es el sistema idiosincrásico que se relaciona con las expectativas mutuas de los integrantes de la familia además en este modelo que plantea Minuchin se debe tener en cuenta que el contexto juega un papel importante ya que de esté depende como la familia se movilice en la sociedad y que tanto se encuentra permeada por él.

Según lo trazado por el mismo autor (1977) el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, dado que cada individuo posee funciones específicas y demandas que exigen atención de sus miembros, por tal motivo los miembros de la familia pertenecen a múltiples subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder dada la funciones que se establezcan, entre los subsistemas que menciona Minuchin existe cuatro el conyugal (la pareja), parental (la pareja entorno a los hijos), fraterno (entre hermanos) y por último el individual (interpersonal).

Estos subsistemas juegan un papel determinante para lograr establecer los límites en la familia, que según Minuchin (1977 pág. 88) *“están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera”*, los límites se dan entre familia y el contexto externo, definiendo la integridad y unión de cada hogar y el intercambio que debe existir con el medio social, por consiguiente para comprenderlos se debe

analizar la permeabilidad que tiene que ver con que información se deja entrar y salir del sistema familiar, estos límites están clasificados como rígidos, difusos y moderados, el análisis de límites se puede generar tipologías familiares, las tipologías según este enfoque son la clasificación de las familias, dentro de esas se encuentran, las familias amalgamadas, la desligadas y las funcionales.

Estos intercambios y formas de relacionarse se ligan de manera directa con la comunicación, que según Sánchez (2000) es ese proceso enmarañado que incluye acciones e interacciones verbales y no verbales, que trasciende la mera perspectiva lineal del inter-juego entre un emisor y un receptor, siendo importante la historia de los individuos, el tipo de relación y la comunicación no verbal de los sujetos, por lo tanto con este elemento se podrá identificar la manera en que los factores que han incidido en ese juego de comunicación.

Por otro lado es importante destacar que la estructura al estar en constante cambio ya sea por la permeabilidad externa o por alguna circunstancia la familia se ve en la obligación de adaptarse, es decir proceso de adaptación que según Sánchez (2000) se refiere a la habilidad que tiene un sistema para cambiar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o de desarrollo, pero en esa adaptación podemos encontrar variables, la rigidez que es la poca adaptabilidad a los cambios, el caos que es cuando poco o nada permanece, donde todo cambia y la flexibilidad que es el punto medio, donde se ve que la familia es asertiva puesto que se acepta la jerarquía igualitaria, hay negociaciones y puede permitirse temporalmente un cambio de roles.

Los roles se asignan a cada miembro de la familia, ya sea por como lo plantea el rol sexual de aquellos papeles delegados con base al sexo biológico incluyendo rasgos, cualidades, valores, entre otros, que reflejan la socialización diferencial en función del sexo de los seres humanos, dependiendo más de definiciones sociales que de rasgos o atributos personales (Martínez y Bonilla, 2000) o bien sea por las funciones desempeñados a partir de la manera de relacionarse al interior de la familia, con sus estructuras, es decir el rol tiene un significado para el sistema y su

organización siendo esta la expresión de organización del sistema (Garciandía, 2005), en este orden de ideas para la siguiente investigación comprenderemos el rol generando un contraste entre ambas posturas, debido a que reconocemos que las familias se encuentran permeadas por un contexto y así mismo han asignado los roles en cuanto a sexo pero también se ven en una necesidad de organización a partir de las relaciones que se han generado al interior de la familia.

Después de lo dicho anteriormente, podemos mencionar que todo lo hasta aquí planteado incide en la estructura familiar de las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia sea en tanto al funcionamiento de la vida en familia, los límites que hay dentro de esta, la comunicación, los roles que se asumen, la jerarquía en la familia y como se encuentran integrados.

CAPÍTULO 3

Familia González

Dinámica familiar

Para dar cuenta de la dinámica familiar es importante analizar lo relacionado con las pautas que surgen en esta familia, se logró encontrar según lo planteado por Minuchin (1977 citado en Sánchez, 2000) pautas de orden genérico como aquellas reglas internas que gobiernan el sistema familiar, es decir aquellas que permanecen en el sistema relacional y por otro lado pautas de orden idiosincrásico que se relaciona con las expectativas mutuas de los integrantes de la familia, es decir, aquellas que transitan de generación en generación.

Por una parte y en términos de pautas de orden idiosincrásico, se evidenciaron enfermedades familiares, creencia de enfermedad mental relacionada con los nervios, el tabaquismo y finalmente la postura de autoridad en términos de las labores del hogar y el cuidado de los hijos delegado a la mujer.

En este sentido, frente al aspecto relacionado con las afecciones de salud mental a las que se han enfrentado en la familia, éstas se vinculan con la genética por el hecho de haberse presentado durante tres generaciones, ello se evidenció cuando el Señor Juan mencionó;

“Para nosotros son enfermedades hereditarias... personalmente creo que los nervios son un proceso que se da desde el embarazo, pasa por la niñez y la persona se convierte en nerviosa por excelencia” (Juan, comunicación personal, 24 de septiembre de 2015)

Se deja por sentado entonces que desde la concepción familiar las enfermedades mentales se viven como un proceso relacionado con lo hereditario y los “nervios” – síntoma que según lo considera la familia - se desarrollan a través de la relación con el contexto inmediato, el hecho de que la familia tenga esta percepción de la

esquizofrenia se puede referenciar como un mecanismo de defensa que les permite una forma más sencilla de asimilar la enfermedad, ya no con la connotación de locura con las cuales se suelen asociar las enfermedades mentales, dado que estas poseen una carga negativa socialmente, por lo tanto, ubicar la enfermedad mental a nivel de “nervios” y con una connotación biológica “hereditaria” facilita la aceptación por parte de la familia y los comportamientos que esta conlleva.

Esta creencia puntualizada en la esquizofrenia y su vinculación con los nervios se ha transmitido en las diferentes generaciones que permanecen en el actual núcleo familiar (el padre, la hermana y la hija de Silvana), conocimiento transmitido y adquirido en el proceso de socialización de la familia a partir del apoyo en literatura relacionada con enfermedades mentales. De igual manera las enfermedades mentales que se presentan en la familia corresponden a la esquizofrenia y a la discapacidad cognitiva situación que ha demandado en la familia una movilización alrededor de estas condiciones y la necesidad de apoyo externo (instituciones, profesionales, personas allegadas a la familia) para afrontar las nuevas circunstancias.

El tabaquismo por su parte ha sido otra de las pautas idiosincrásicas de la familia Gonzales, con una presencia específicamente en las figuras parentales la pauta emerge cuando Silvana es diagnosticada con esquizofrenia, el fumar le permite el manejo de la sintomatología del diagnóstico sin embargo, la familia también identifica aspectos negativos de esta medida tomada por Silvana, pues conocen las implicaciones perjudiciales que esto conlleva para la salud, así lo expresa el señor Juan:

“Silvana ahora cogió ese vicio de fumar y ese fumar no lo acaba, antes el fumar la acaba a ella, según la droga que ella se toma y según los conceptos que tienen los médicos del cigarrillo y el papel, entonces eso la va agravando más” (Juan, comunicación personal 24 de septiembre de 2015)

Por otro lado, en términos de las pautas idiosincrásicas se reconoce la autoridad en las figuras femeninas en las labores del hogar Viví menciona:

“Una mujer tiene que tener la autoridad en la casa mientras tenga sus cinco sentidos” (Viví, comunicación personal 25 de septiembre de 2015)

Se evidencia claramente la aceptación de la cultura tradicionalista en la que se separan las funciones de la familia a partir de las tareas, roles y funciones específicas que se definen para el hombre y la mujer, socialmente se ha buscado que la mujer este mas relegada al ámbito privado que implica la vida doméstica y por el contrario el hombre al ámbito público en el que hace parte de funciones sociales, de velar por el bienestar y sustento económico (Nash, 1983) es decir, es la representación de la familia ante la sociedad.

Lo anterior permite vislumbrar que en ésta familia el que la madre presente enfermedad mental y además no esté en las condiciones para el manejo de la autoridad como se ilustró arriba por su hija Viví, conlleva a que si ésta última no se encarga de dicho rol, este no es asumido por otra persona, presentando en consecuencia un ejercicio de autoridad permisivo de acuerdo a lo establecido por la hija:

“Ni antes ni ahora, nunca han habido normas” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Lo que se relaciona con lo propuesto por Rodríguez (2007) cuando plantea que todas las familias socializan de acuerdo a su experiencia de vida que se encuentra influenciada por la realidad social, económica e histórica en que se encuentran de igual forma se puede presentar un estilo de crianza permisivo en las diferentes generaciones de esta familia, dándose poca exigencia a los hijos y las normas del hogar son poco concretas.

Otro aspecto relacionado con la autoridad lo muestra la familia en el control que hace la hija con la madre Silvana tal y como lo expresa Viví:

“Me ha tocado dañar hasta las puertas pa’ poder sacarla, por lo menos le da una crisis, va si le tira a la gente de allá es capaz que ahorca a la viejita porque ella es de tirarle y ahorcarla y matarla. Hace su pelea y pum! De una se mete a la pieza a encerrarse porque sabe de una la llevo al médico; de una la llevo para el hospital y eso es un castigo para ella” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Esta autoridad reflejada por Viviana al institucionalizarla en el Hospital psiquiátrico es percibida por la madre como un castigo, aquel que conlleva su comportamiento y que trata de evitar al encerrarse. Lo anterior muestra la relevancia que tiene para la Silvana la permanencia con su familia.

Por otra parte, también es relevante evidenciar los roles en la familia para identificar la dinámica de la misma Carreras (2003), plantea que los roles, las reglas y mitos participan para mantener la estructura y es desde esta última que se genera un sentimiento de pertenencia dentro de una familia, los roles además, dan cuenta de la organización y el funcionamiento familiar. En el caso de la familia de Silvana, conformada anteriormente por su ex esposo (Héctor), y sus hijos (Marco y Viví), los roles se establecían de acuerdo a sus constructos y expectativas familiares.

Por un lado Héctor era el encargado bajo la profesión de abogado de suplir las necesidades económicas de la familia, Marco y Viví cumplían un rol más enfocado al ámbito educativo, se dedicaban a realizar actividades del colegio y en su tiempo libre actividades de esparcimiento que compartían en familia, por su parte la señora Silvana era la encargada de direccionar a la persona encargada de las labores domésticas del hogar, ya que Silvana se dedicaba además a viajar con el señor Héctor, así lo manifiesta Viví:

“Mi papá es Abogado, él siempre viajaba con mi mamá... entonces el pagaba empleada que hiciera la comida, que barriera y trapeara” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Cuando aparecen los primeros síntomas de la esquizofrenia en Silvana, la familia se ve obligada a realizar cambios en los roles dentro del hogar, el más notorio fue la parentalización de la hija, quien debió hacerse cargo del cuidado de la madre, lo anterior denota entonces cómo la esquizofrenia tiende a comprometer funciones esenciales de las personas cómo el deterioro de su capacidad de relación con el mundo y el cumplimiento de sus labores cotidianas (Ministerio de salud, 2009), de ahí el hecho de que la esquizofrenia afecte el rol que cumple una persona dentro de su entorno además de que se afecta la distribución de tareas dado que cuando se rompe con las expectativas que se tienen de un rol se puede llegar a generar conflictos, hostilidades, separaciones u otro tipo de situaciones que puede afectar la familia.

En el caso de la Familia González, estas dificultades contribuyeron a la separación conyugal, así lo refirió Viví:

“Ella desde su enfermedad hizo que mi papá se fuera alejando un poquito de ella, porque ya no le tenía comida hecha, ya no hacía nada de eso...él creía que ella ya no las hacía. A él le dio muy duro porque ella era una persona muy trabajadora y le gustaba rebuscarse su plata vendiendo y comprando casas, es un trabajo duro y ella lo hacía...entonces cuando vio que ella empezó a bajar la guardia que ella ya no quería esas cosas, entonces fue cambiando mucho...todo se desunió; mi hermano hace 6 años que murió y mi papá se fue” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Se evidencia así, dos crisis que debió enfrentar la familia, el diagnóstico de la madre y el fallecimiento de un hijo, situaciones que movilizaron a la familia lo cual conlleva a que la acomodación que hace la misma frente al cuidado y la condición de esquizofrenia involucre varios miembros por lo cual la familia pasa de ser nuclear a extensa (padre de Silvana (Juan), hermana (Diana), hija de Silvana (Viví), además del esposo y los hijos de Viví), donde se han asignado nuevos roles y funciones a cada uno de sus miembros en especial a las personas que no

residen con ellos, esto puede ocurrir, debido a que pueden sentir que las obligaciones de tener una persona con esquizofrenia en el hogar sobrepasa las posibilidades tanto físicas como económicas para solventarlas por lo tanto designan obligaciones a otras personas (Viví y Vicky) quienes asumen estas responsabilidades.

Así pues, las funciones que se han determinado se han orientado de acuerdo a los cambios que ha vivido la familia, la hermana de Silvana que tiene una discapacidad cognitiva – Diana- ha colaborado con el proceso de Silvana ya sea en el momento de llevarla al médico o de acompañarla para que se encuentre bien, realiza mandados y colabora cuando se le asigna alguna labor, el padre de Silvana quien es un adulto mayor cumple un papel de padre consejero y expone sus puntos de vista frente a las acciones adecuadas que se deban realizar:

“Aunque ellas son adultas, yo las aconsejo” (Juan, comunicación personal, 24 de septiembre de 2015)

El rol actual del señor Juan le permite exponer su experiencia de vida en la familia, transmitiendo su conocimiento al mismo tiempo que se hace sentir como parte de la misma

Por su parte, se observó en la familia Gonzales un rol de hijas parentalizadas, en otras palabras, las hijas asumen el cuidado y la proveeduría, responsabilidades que antes del diagnóstico realizaban sus progenitores las ubica en una parentalización que de acuerdo con Díaz (2013) se presenta cuando los hijos ocupan una posición elevada en la toma de decisiones familiares, ocupando el rol de los padres, en la familia Gonzales se expresa así:

“No le gusta arreglarse, a mí me toca decirle Mamá báñate, por ejemplo yo tengo un local y me toca decirle ¡si vas a venir en pijama, no vengas! yo tengo que ser muy fuerte, porque ella me chantajeaba mucho” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Así, la parentalización conlleva a que Silvana sea una persona dependiente no solo por las características cognitivas que ha traído consigo la esquizofrenia, sino por la dependencia económica hacia su hija.

Ahora bien, en términos del rol de cuidador este es asumido por Viví y Vicky, puesto que las condiciones específicas de Silvana lo ameritan, tal y como lo manifiesta López (2009) la presencia de un miembro que requiere de cuidados, lleva a generar cambios dentro de la estructura familiar en los roles y patrones de conducta de sus integrantes, consiguiendo evitar la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones, así pues, la carga tiende a ser un poco mayor para estos cuidadores por la responsabilidad y el compromiso que conlleva no obstante, la familia González ha necesitado de otro tipo de cuidadores dadas las condiciones mentales y de adultez de sus miembros.

Es importante traer a colación que socialmente se ha naturalizado al cuidador como aquella persona que está de forma presencial en el hogar atendiendo los cuidados diarios de quien lo necesita, sin embargo, Micolta, Escobar y Maldonado (2013: 291) permiten ver el cuidado desde otra perspectiva proponiendo que *“el cuidado no solo ocurre en el ámbito de la vida doméstica; quien cuida a una persona puede desarrollar esta acción en espacios extradomésticos, es decir, fuera de su hogar”*, lo cual deja por sentado una nueva forma de determinar el cuidador, por tanto en esta familia también posee un rol de cuidadora Vicky, pues tras su estadía en el exterior es quien se ha encargado del sustento económico de la familia, lo anterior se da por sentado tras lo expresado por el señor Juan:

“Vicky la hija menor, ella es la que tapa los huecos, surte lo que haga falta, o administra, porque en este momento está administrando lo poquito de entrada que hay, porque como yo ya no laboro” (Juan, comunicación personal, 24 de septiembre de 2015)

Ese tipo de cuidados aun cuando no esté presente en la intimidad del hogar es a lo que las autoras mencionadas anteriormente llaman rol del cuidador.

Sin embargo Viví la hija de Silvana también posee ese rol de cuidadora en la medida en que aporta a la familia de manera presencial en aspectos relacionados con la economía, la emocionalidad y el sustento del funcionamiento del hogar. Viví específicamente se encarga de todo lo relacionado con su madre sin decir con ello que no tenga cuidados con el resto de la familia. Ella es la encargada de comprar el medicamento de su madre tanto para la parte psiquiátrica como para la diabetes, al mismo tiempo que la atiende en procesos de sintomatología, pero además en cualquier necesidad ya sea emocional o relacional que necesite Silvana, lo anterior se evidencia cuando menciona:

“Por más de que ella esté enferma y todo eso yo siempre he tenido que estar ahí apoyándola en todo eso, en todo lo que necesite ella me busca”
(Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Así se evidencia que su rol implica también supervisión de tareas domésticas, aportes económicos, apoyo emocional y en lo relacionado con la condición de esquizofrenia de su madre. Por todo lo anterior, se deja entre ver una familia principalmente con roles de cuidadores y proveedores económicos.

Límites

Los límites, tal y como lo manifiesta Minuchin *“están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera”* (1977: 88), estos límites se dan entre familia y el contexto externo, que definen la integridad y unión de cada hogar y el intercambio que debe existir con el medio social.

En el caso de la familia González se manifiestan de forma moderada, ya que la relación con el mundo exterior ha permitido que se mantengan como unidad familiar, pues se considera necesario poner a la vista de la comunidad la situación familiar que transita alrededor de la esquizofrenia tal y como lo menciona Viví:

“Es bueno que la gente sepa que es una persona enferma, en caso que ella se meta con ellos. Por lo menos a veces va a la tienda y contesta feo, entonces se les dice que no le paren bolas que ella tiene un problema

mental, la gente cuando es así acepta más que cuando es una persona normal la que contesta mal, entonces también le contestan con dos piedras en la mano. Cuando saben que tiene un problema mental bajan la guardia un poquito". (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Se puede evidenciar entonces que la familia controla la información que sale y entra al sistema, en este sentido la familia ha optado por socializar con los vecinos las condiciones de la esquizofrenia con la finalidad de disminuir los conflictos, pues la condición mental de la madre conlleva a que se presenten comportamientos no aceptados socialmente.

Lo anterior corresponde con lo planteado por Anderson, Reiss, Hogarty (2001) cuando mencionan que la esquizofrenia conlleva a comportamientos no consientes que se dan de forma inadaptada para el mundo exterior un ejemplo de ello es la situación de la familia González cuando se menciona que su madre tiene comportamientos que no solían ser habituales en ella y desconciertan la dinámica familiar:

"Conmigo también, comienza a decir vulgaridades, dice que la estoy matando, que la dejo aguantar hambre, que no se le da nada, ella tiene unos vecinos acá al frente que los odia; no los puede ver, les tira a ellos" (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Se evidencia así, que las personas que poseen una condición de esquizofrenia tienen una interacción confusa con las personas que los rodean, como lo dicen los anteriores autores, su comportamiento puede ser irreconocible en la estructura familiar, sin dejar de lado que tal situación no solo genera malestares en la familia sino también por fuera de ella.

La socialización de la esquizofrenia con los vecinos también permite encontrar en otros apoyos y comprensión frente a la condición de salud mental cuando estas familias también presentan un miembro diagnosticado, así lo expresa la familia:

“Ellos saben que mi mamá es esquizofrénica que es una enfermedad mental, porque el señor de la esquina también es esquizofrénico y él es esposo de la señora de al frente... entonces cuando uno ya se involucra con gente así empieza a mirar a la persona y ya sabe que es una enferma mental, porque actúa con cosas que no son” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

El poder identificarse con la situación de otros podría proporcionar elementos que faciliten su interacción con la condición de esquizofrenia y con el contexto, un apoyo comunitario puede darles esperanza y sentimiento de control que alivien el temor y la impotencia que puede causar el enfrentarse a una condición de esquizofrenia en la familia (Rolland, 2000)

Otra de las relaciones es la que se establece entre el médico Psiquiatra tratante y la familia, allí se evidenciaron límites moderados, por la forma en que se ponen a disposición del profesional para comprender la situación que vive la familia alrededor de la esquizofrenia, implica un flujo de información entre ambas partes, especialmente a través del canal de comunicación que se establece entre Viví y el médico psiquiatra, teniendo en cuenta que es ella quien se ha encargado de los traslados de su madre y del contacto institucional, así, menciona Viví:

“Nosotros buscamos médico psiquiatra para que nos orientara... trabaja para el Universitario y trabaja en el edificio departamental al frente, es el médico que siempre la ha visto a ella. Siempre ha estado en el proceso que ella ha tenido y él siempre ha sido el médico psiquiatra de ella”. (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Esto nos da cuenta de que las instituciones se convierten en un apoyo externo necesario para la relación familia-esquizofrenia, como lo menciona los autores Anderson, Reiss, Hogarty (2001) quienes referencian que cuando sucede un episodio psicótico, es necesario una ayuda profesional teniendo así un contacto con el médico psiquiatra, aun así, solo cuando Silvana manifiesta sus síntomas más críticos, su hija Viví genera el contacto con la institución encargada del control

de tal sintomatología, en ese orden de ideas, la relación familia – institución se mantiene siempre y cuando aparezcan los síntomas en la persona, puesto que la familia ya no puede controlar los síntomas y es entonces cuando acude a la atención institucional, siendo esta vista como una red de apoyo.

Por otra parte, la Policía se ha convertido en una red de apoyo para la familia González, pues ha facilitado los procesos de desplazamiento hacia el Hospital psiquiátrico, dado que los servicios de traslado de este último tienen un costo monetario que no se ajusta a la economía de la familia, además, las características de algunos de los miembros de la familia no son aptas para tal acompañamiento:

“Yo no tengo a nadie más, Tengo a mi papito que él está muy viejito, mi tía pues tiene un retraso mental ella si me acompaña, cuando yo la necesito ella se queda allá me toca a mí venir por ella o mi esposo venir a llevarla, es la única, porque ella no sabe coger un bus, ella no sabe nada” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Ahora bien, para el caso de los límites entre los subsistemas, estos se ven reflejados a través de la manera en que cada uno de los miembros participa en la interacción familiar y en cómo entre sí, asumen y aprueban tal participación por un lado antes de la aparición de la esquizofrenia los límites entre el subsistema parento-filial eran moderados en la medida en que ambos padres – Silvana y Héctor – eran quienes dirigían las acciones y los hijos seguían estas, así como dice Sánchez (2000) el subsistema parental guía y dirige, y el filial sigue y aprende así pues se alcanza a vislumbrar una intercambio flexible entre los subsistemas, sin embargo al aparecer la esquizofrenia y existir un cambio en las relaciones y el lugar de residencia, los límites permanecen moderados entre los subsistemas debido a que las condiciones específicas de cada miembro de la familia González hace que la participación sea acorde a sus facultades así, dentro de este núcleo familiar se evidencian límites moderados en la medida en que el subsistema filial toma la autoridad y determina las decisiones pues reposan en Viví, nieta, sobrina

e hija a quien han empezado a ver con tal posición jerárquica, probablemente el hecho de que Viví sea la persona más orientada en torno a la condición de esquizofrenia, además de tener las condiciones, físicas, mentales y emocionales para atender las demandas y necesidades de la familia.

Así pues entre los subsistemas se encuentra establecido un límite claro, puesto que las funciones que deberían ocupar al sistema parental son adquiridas por el subsistema fraterno, dadas las condiciones de salud que tienen las figuras parentales. En este orden de ideas se puede considerar que los límites que establece la familia González por medio de la relación con el mundo interno y externo se constituyen moderados y es a partir de ahí que tales relaciones les permiten mantenerse como familia pero además hacerle frente a su situación en términos de la relación familia-esquizofrenia.

Adaptación.

La familia como una de las principales formas de socialización intenta mantener el equilibrio utilizando todas sus habilidades y capacidades ante alguna circunstancia que los movilice, es decir, un estresor (Hernández, 1997) en primer lugar el análisis se despliega a partir de la realidad es decir de las entrevistas realizadas a la familia Gonzales quienes referencian según el señor Juan que

“Los procedimientos de la familia o de la gente que vive común y corriente en una casa, tienen un determinado comportamiento, cuando llega otra persona va cambiando porque el vivir de la otra persona es diferente. Supongamos en su casa hay gente que no come lo que usted come y usted no come lo que ellos comen, y como no comen de lo que usted come, ni las gastan, ni las tocan” (Juan, comunicación personal, 24 de septiembre de 2015)

Este párrafo nos habla sobre los procesos adaptativos de la familia frente al ingreso o egreso de uno de sus miembros, de acuerdo con el ciclo vital las familias se moverán en procesos adaptativos para poder suplir sus necesidades. Según Ortega (2004) las familias ponen en marcha algunos mecanismos de

autorregulación para poderse adaptar y permitir el funcionamiento de la misma, además se pueden observar algunas de orden afectivo, como la negación. La tristeza, la ira o la depresión como también la negociación de nuevos roles y la flexibilización de los límites.

La llegada de un miembro a la familia con patología o sin ella altera la manera en cómo se relacionan; en la familia González los procesos de adaptación se dan frente al aspecto económico, labores domésticas, en el proceso de afrontamiento sobre los síntomas de la esquizofrenia entre otros. Un ejemplo de esto se observa en la forma de organización de la familia en términos de los quehaceres del hogar, específicamente en la alimentación, puesto que Silvana no recibe comida que ella no ha preparado, esto causa incomodidad en los demás miembros de la familia pues la desconfianza los afecta emocionalmente y les causa tristeza, esto puede ser porque según ellos antes de la esquizofrenia la relación era distinta, basada en el respeto y confianza, ahora tienen que acomodarse a las exigencias internas de cada uno, pues no solo hay una persona con esquizofrenia sino también otra persona con discapacidad cognitiva.

Dicha alteración provoca que la familia se movilice y reorganice sus actividades para poder así estabilizarse. Al respecto la autora Hombrados (citado en Fierro 2001: 2) expresa que *“La adaptación de que aquí se habla no es, pues, adaptación pasiva (adaptarse al entorno, a las circunstancias), o sólo reactiva, sino activa e interactiva: en ella se incluye también adaptar el entorno a las propias necesidades y demandas, y con eso hacerlo vivible, habitable”* entendiendo con esto que las reacciones de la familia no solo se debían reorganizar en su interior sino también con sus redes externas como lo son vecinos, amigos, instituciones entre otros, para con ello permitir una convivencia donde cada uno de sus miembros pudiera expresar y actuar conforme a sus posturas, esta reorganización implica pensarse nuevas formas de convivencia, abrir los límites hacia lo externo puesto que por las implicaciones que trae consigo la esquizofrenia, en especial la agresividad, estos límites tienen que ser más abiertos dado que doña Silvana es

grosera y agresiva en algunas ocasiones con los vecinos, llevando así a contar a los demás la situación por la que se está pasando para no tener implicaciones legales ni afectar la convivencia en el barrio, de esta forma la familia busca alternativas y soluciones a los estresores que se presentan.

Por consiguiente el tener uno de los miembros con esquizofrenia según la familia lo sienten como si llegara una persona diferente a la casa pues cambia mucha de las formas en que actuaba o se comportaba como lo menciona Juan

“Tener que asumir que ese familiar ya no es el mismo y ha dejado de ser la persona de la que se estaba acostumbrado, ya no ríe, ya no se carcajea, ya no baila, es un cambio que usted lo nota” (Juan, comunicación personal, 24 de septiembre)

Esto conlleva a que la familia adquiera nuevas formas de comportamiento para lograr una homeostasis necesaria para la supervivencia, y poder así solventar y sobrellevar algunas alteraciones dentro de cada subsistema familiar, como reproches entre pareja, conflictos entre hermanas, el sentirse aislado uno de sus miembros, entre otros aspectos.

Por otra parte es importante recalcar que el acompañamiento de un profesional del área de humanidades puede en algunos casos permitir realizar un proceso de adaptación óptimo, en especial cuando la enfermedad aparece con los hijos en edades tempranas, quienes por su condición de desarrollo –infancia- son más abiertos a nuevos cambios y permiten ir creando su estilo de vida a partir del nuevo acontecimiento. Para Viví el apoyo psicológico brindado permitió afrontar esta nueva etapa que estaban viviendo, el ver a su mamá desde otra perspectiva pues en ella generó muchos cambios los cuales no entendían, pero este acompañamiento les ayudó a crear un equilibrio emocional, el cual lo evidenciaron de manera positiva Viví refiere:

“Nosotros estuvimos en psicólogo mi hermano y yo, tuvimos mucho acompañamiento” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Sin embargo la familia se ha tenido que movilizar de manera constante por su historia familiar, puesto que en ella han existido varios miembros con problemas tanto mentales como cognitivos logrado con estas movilizaciones reorganizarse y enfrentar las situaciones, reconociendo que no es tarea fácil y que han tenido que poner en juego sus concepciones y creencias, por lo tanto para llevar a cabo dicha organización han tenido que dejar que personas externas a su núcleo familiar tomen decisiones por ellos (el médico psiquiatra, la familia extensa y algunos amigos allegados), refiriendo Viví

“Es duro, pero pues me toca! Uno sabe que todo lo ve Dios, más que todo lo hago por sentirse uno bien de que todos tenemos que cumplir un ciclo por ejemplo si usted se muere yo estoy tranquila de que yo fui buena con usted” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Además sus emociones también juegan un papel importante en este proceso de adaptación como dice Viví:

“Uno se desespera de tratar de arreglar y no poder” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

Sin embargo aunque sienten en distintas ocasiones que es una lucha interminable y un agotamiento emocional, refieren que lo que realizan en estos momentos tendrá recompensa por la parte espiritual.

No obstante a pesar de que en el discurso la familia refiere que ha tenido una aceptación a la enfermedad y que reconocen que no tiene cura que se controla con medicamentos existen creencias religiosas que les crean esperanzas como lo menciona el señor Juan:

“Pues uno sigue teniendo una esperanza por lo que sea, porque Dios haga un milagro con ella, que ella vuelva a como era antes”. (Juan, comunicación personal, 24 de septiembre de 2015)

Siendo esa premisa espiritual interpretada como un refugio que les permite realizar el proceso de asimilación a los cambios y estresores con los cuales la familia se ha tenido que enfrentar, generándoles una sensación de tranquilidad y esperanza.

CAPÍTULO 4

Familia Cárdenas

Dinámica familiar

La familia Cárdenas se ha regido tanto por pautas transaccionales de orden idiosincrásico como de orden genérico que permiten apreciar la manera en que se mueven al interior de la familia y con su medio social, a su vez en medio de su interacción cotidiana han asignado roles y funciones a cada miembro de la familia para lograr la división de tareas y la toma de decisiones, dando cuenta de esta manera de su dinámica familiar.

Por un lado y en términos de pautas idiosincrásicas, se reconoce que en la familia se repite el patrón de escoger la pareja sentimental con una personalidad determinada, como sucede con la madre e hija pues las personas con las que se unieron se reconocen con personalidades agresivas, como lo menciona Gina:

“Mi papá era muy agresivo con ella, le pegaba mucho, le daba mucho maltrato” y en esa misma medida refiere además; *“mi esposo es muy agresivo también, entonces si nos ponemos a discutir las cosas no llegan a ningún lado”* (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Se demuestra entonces la similitud de conductas entre el esposo de Gina y su padre, lo que se puede relacionar con los elementos generacionales que median la escogencia de la pareja y que se relacionan con las figuras parentales. Así pues cuando se evidencia la violencia se reconoce una posible repetición de un patrón adquirido debido a las pautas de crianza inadecuadas a las que fueron sometidos los hijos por las figuras parentales, generando patologías adictivas y de conducta inadaptada en los hijos (Linares, 2007) así se comprende que la violencia puede presentarse de una generación a otra siendo un comportamiento adquirido o también puede reproducirse el ciclo de violencia no necesariamente desde la

persona que la vivenció, sino que se repite buscando entablar relaciones desde la violencia.

Ahora bien, en el caso de las pautas genéricas, se hallaron aquellas que son de interés de la investigación y tienen que ver con los comportamientos que se crearon a partir de esquizofrenia de Carmenza puesto que estos afectaron la manera de relacionarse entre los integrantes de la familia y con el paso del tiempo se naturalizaron y se convirtieron en pautas de comportamiento para la familia.

En el caso de la familia conformada por Lucas y Carmenza, se reconocieron pautas de comportamientos relacionadas con el consumo pues el cigarrillo y el alcohol eran los aliados de Carmenza, tal vez situaciones familiares la llevaron a desarrollar tales prácticas, como por ejemplo el no tener contacto con su familia de origen lo cual no permitió una relación cercana, así que podría pensarse que tal situación puede deberse a un orden sentimental en términos abandono o soledad.

El consumo de cigarrillo y alcohol se convirtió en una pauta de comportamiento de Carmenza en el momento en el que se naturalizó como una característica propia de la figura materna del hogar sin embargo, al parecer fueron los síntomas de la esquizofrenia los que la llevaron a incrementar la necesidad por aquellas adicciones, así como lo refiere Gina:

“entre los síntomas, fumaba y fumaba... antes lo ha hecho, pero no tan seguido como lo estaba haciendo, ella apagaba el uno y encendía el otro con el anterior, entonces fumaba mucho y toma café que da miedo!!!!”.
(Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Teniendo en cuenta la pauta de consumo se hace necesario traer a colación el maltrato físico y psicológico que se presentaba por parte de la figura paterna hacia la madre, pues tal situación se convirtió en una pauta cada que Carmenza se retiraba del hogar para consumir alcohol y permanecer en lugares en los que se expendía licor, se puede asumir que los golpes eran una especie de castigo para Carmenza ya que cuando hacía algo indebido para el criterio de su esposo éste la

lastimaba; además esta pauta era reconocida por sus hijos dado que ellos ya sabían cuando su madre iba a ser objeto de violencia como respuesta al consumo de alcohol.

Si bien las adicciones de Carmenza al alcohol y el cigarrillo se constituían como un problema naturalizado en la familia, los golpes eran una forma particular de afrontamiento, encontramos entonces pautas “de secuencia”⁷, dicho de otro modo, una pauta de consumo que conllevaba a pautas de maltrato en la familia.

De lo anterior, se puede sustentar el hecho o el resurgimiento de una nueva pauta de comportamiento en Carmenza, esta pauta tiene que ver con la actitud de hostilidad y descontrol que toma cada vez que se enfrenta a Lucas su ex esposo, como dice Gina:

“Por el odio que ella le cogió, cuando llega mi papá ella se descontrola totalmente... por eso el no viene, va a la casa de mi otra hermana o yo voy a la casa de él. Cuando pasan dos o tres días y no lo veo voy a buscarlo. Pero él acá no viene por ella” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Lo anterior puede indicar secuelas de aquellos recuerdos que puede tener Carmenza al revivir la vida de dominación y abuso de autoridad que presencio a su lado, o puede tratarse de síntomas de la esquizofrenia relacionados con alucinaciones u otro tipo de factores que le pueden estar representando la presencia de Lucas.

Por otro lado se identificó una clara inclinación por romper pautas en aras de modificar la dinámica del nuevo núcleo familiar conformado por Gina y Leonardo, por tanto, para el caso de esta familia se evidenciaron transformaciones en la participación de la mujer, como lo refiere Gina:

⁷ Se referencian pautas de secuencias a aquellas pautas que conllevan a la manifestación de otra.

“Ahora si hay probabilidad de que la mujer opine, porque yo he tratado que las cosas no se repitan porque no quiero que se repitan” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

El hecho de que Gina pueda reconocer pautas dañinas para el funcionamiento familiar hace que con sus acciones actuales intente no repetirlas para que sea diferente a lo reflejado por su familia extensa, esto podría considerarse desde la perspectiva de las expectativas familiares, dado que cuando lo que se espera de la familia no se cumple se trata por todos los medios de cambiar las circunstancias que se están viviendo para establecer nuevas expectativas que permitan re direccionar la dinámica familiar y evitar así la creación de relaciones conflictivas y hostiles por los intereses particulares y los colectivos, se puede entrever que es de vital importancia que la familia pueda reconocer pautas destructivas que conllevan a dificultades familiar para evitar su continuidad y establecer relaciones mas asertivas

Otra de las cuestiones que dejarían por sentado la necesidad de ruptura en pautas repetitivas se observa en las pautas vinculares de la familia compuesta por Carmenza y Lucas, pues existe una proximidad mayor entre padre e hijos varones y entre la madre e hija mujer, en otras palabras por género. Sin embargo, en el caso de la familia conformada por Gina y de la cual ahora hace parte Carmenza, se ha modificado la pauta en alguna medida, Gina es más apegada a sus hijos varones y Leonardo (su esposo) a su hijastra mujer, por otro lado tal intención de Gina por cambiar la pauta en términos vinculares puede ser a causa del temor a repetir el distanciamiento entre sus hermanos y su madre por la ausencia de la figura materna durante la infancia, cuando las pautas se manifiestan de forma negativa ante el funcionamiento de la familia resulta conveniente modificarlas para que no se afecte el rumbo de la misma.

Todo lo anterior permitió comprender la manera de relacionarse entre los miembros de la familia Cárdenas a partir de los comportamientos y pautas existentes en el núcleo familiar, así pues, que de aquí en adelante se presenta

como en medio de esa interacción cotidiana se generan una serie de expectativas frente a la función y el rol que debe cumplir cada uno de los integrantes para lograr mantenerse como sistema familiar.

Por un lado, el rol que cumple Carmenza se ubica en los quehaceres del hogar (aseo general, preparación de alimentos), pues como dice Gina:

“Ella cocina, hace el aseo, y ahora que nació mi sobrinito ella ha estado muy pendiente” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Evidenciando así, una funcionalidad en ella aun siendo la persona que posee la condición de esquizofrenia, se deja entrevisto entonces, que la esquizofrenia no imposibilita a las personas para que sean funcionales al contrario, puede generar en ellas la necesidad de mantenerse activas lo cual puede representarse como una incidencia propia del síntoma esquizofrénico en si o como una necesidad de evadir el sedentarismo, más allá de lo anterior se pudo evidenciar un rol de madre y abuela cuidadora, en términos de las atenciones que provee a sus nietos y es algo que se ha naturalizado y se espera que ella haga, así como lo confirma su Carolina:

“Yo me siento bien, porque ella me lava la ropa de mi estudio... yo me siento bien con ella porque, nos hace el favor de darnos el almuerzo, nos cuida”. (Carolina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

De ahí la necesidad de los nietos por mantenerla cerca como la representación de esa madre cuidadora o abuela cariñosa y dedicada a sus nietos y tales funciones se le han permitido gracias a las recomendaciones de su médico tratante quién considera como parte del tratamiento que la persona se mantenga activa.

Por otra parte, se ha puesto una expectativa de superación académica en los niños del hogar, cumpliendo estos con el rol de hijos estudiantes, en donde se hace prioritario el rendimiento académico, el cumplimiento y acatamiento a las normas familiares más allá de ello, la nieta de Carmenza –Carolina- cumple además un rol que aunque no es muy marcado tiene que ver con los cuidados de

su abuela, pues según lo manifestado, se consigue que Carmenza consuma su medicamento e incita a que continúe con el tratamiento farmacológico, así como lo menciona Gina:

“Yo mando la niña, ¡Carolina ve a darle la pasta a la abuela!, entonces ella dice: A ver abuela vamos a tomarnos la pasta ya! Y ella se la toma. Pero a mí no me recibe” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Por tanto se puede evidenciar que a través del vínculo afectivo existe un apoyo por parte de la nieta en cuanto a los cuidados de la abuela, sería un rol de cuidadora no tan marcado por el solo hecho de tratarse de una niña, pues generalmente los cuidados se le asignan a una persona mayor por las condiciones físicas y razonables que pueda poseer, sin dejar de lado que su nieta en ocasiones ejerce autoridad con su abuela puede ser por el vínculo emocional tan fuerte que ha surgido entre las dos.

Por otra parte en la familia se encuentra Gina quién cumple un rol de cuidadora, ya que es la persona que se ha encargado de todo lo relacionado con la esquizofrenia de su madre, desde los traslados a los controles médicos, la alimentación, el suministro de medicamento (por medio de la ayuda de su hija Carolina) hasta el sustento económico en compañía de su hermana Elsa y hermanos. Sin embargo cabe aclarar que tal rol de proveedores económicos se ha establecido en medio del conflicto, es decir, es Gina quién con gran frecuencia le exige a sus hermanos varones cumplir con las cuotas necesarias para lo relacionado con el cuidado de su madre.

Según lo anterior, es necesario mencionar que los hijos varones tienen una relación distante con su madre, tal vez desde ahí se pueda analizar el hecho de que se constituya para ellos en un problema tener que suministrar la parte económica o tal vez sea producto de sus posiciones económicas, pero además de ello se puede relacionar con el hecho de que durante la niñez y por tiempo prolongado vivieron la falta de la figura materna en el hogar y sienten

resentimiento frente a ella por lo que no ven la necesidad de retribuirle ni emocionalmente ni económicamente, lo anterior permite ver que cuando las expectativas que se tienen frente a un rol no se cumplen, pueden afectar las relaciones que se establecen al interior de una familia, es decir, generalmente se espera que la madre sea quién ante cualquier eventualidad permanezca al lado de sus hijos, la concepción de abandono se lee totalmente distinta cuando se da desde la madre a los hijos que del padre a los hijos, siendo este último más aceptable socialmente.

De lo anterior nace la necesidad de desarrollar las expectativas que se tienen frente a los roles, aquellos que los hijos ponen en los padres y que al mismo tiempo ponen en sí mismos cuando se convierten en figuras parentales, Sallés y Ger (2011) establecen que existen algunas funciones de los padres centradas en el desarrollo de los hijos, como lo son, la función parental de protección dedicada a la socialización de los hijos y al cuidado del desarrollo y crecimiento.

Para el caso de esta familia, se evidenció tal naturalización del rol de los padres como figuras protectoras presentes en todo el proceso de desarrollo de los hijos cuando Gina manifiesta sus expectativas frente a su rol como madre:

“Pienso que lo que hago está bien, en mi opinión. Cuidar proteger no sobreproteger, proteger a mis hijos y darles el consejo que ellos necesitan estar pendiente de ellos, de sus cosas, de sus amistades, del colegio, pendiente de todo” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Sin embargo, cuando se refiere a las expectativas frente a los roles que debían haber cumplido sus padres Gina manifestó:

“En mi opinión una mamá y un papá deben estar trabajando los dos y aportando los dos” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Se pueden leer aquí como el factor económico se constituye como algo importante para la crianza de los hijos en la concepción de Gina de ahí podría leerse que tal vez tal percepción se deba a los escasos recursos que poseían en su familia de

infancia, puede pensarse entonces que las situaciones económicas que viven las familias modifican las concepciones que tienen frente al mundo, a sus relaciones y a la función que cumple en sus contextos inmediatos.

Finalmente y en términos de las expectativas puestas en el rol de hijos, se evidencia una clara idea de devolver a los padres la protección, los cuidados y atenciones, así, se reconstruye una idea de parentalidad de los hijos frente a los padres cuando son estos últimos quienes empiezan a depender de sus hijos, para un caso más específico, Gina deja entrever lo mencionado cuando refirió su preocupación por la falta de compromiso de sus hermanos para con la estabilidad, al mismo tiempo que se evidencia una concepción de superioridad de la familia ante todo como lo dice Gina:

“No considero que uno de hijo pueda dejar a la mamá a un lado por un hombre o una mujer. No porque vivo con alguien ya no puedo vivir con mi mamá no, porque primero fue mamá que hombre o mujer, Yo le digo a mi hermano que si yo pude tomar la decisión de llevármela a vivir por encima de mi marido entonces siendo yo la mujer, entonces el siendo el hombre de su hogar porque no puede tomar la decisión de llevársela a vivir con él por encima de su mujer” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Además se evidencia una clara percepción de superioridad del hombre sobre la mujer lo que puede ser causa de la visión de autoridad y superioridad de la figura paterna durante su infancia, reconociendo con este discurso que los hombres son más independientes, que son los que deben tomar decisiones y velar por la estabilidad de la familia.

Se evidencian roles de hijos cuidadores, sobre todo las hijas mujeres quienes son las que se hacen cargo de todo lo relacionado con la madre en condición de esquizofrenia, los hijos varones han asumido un papel de proveedores económicos que las hijas mujeres han impuesto pero no representa para ellos una obligación que deban asumir con responsabilidad. Además de ello se muestra que

la condición de esquizofrenia no simboliza para esta familia un impedimento en la funcionalidad de la persona, pues se evidencia una vida activa trasladada al cumplimiento de las labores del hogar.

Dicho todo lo anterior se puede concluir que la esquizofrenia de la señora Carmenza ha tenido una alta repercusión en dinámica familiar, puesto que la manera de relacionarse entre los integrantes de la familia se ha modificado a partir de la esquizofrenia, al igual que los roles y funciones de cada miembro, pues de esta manera es que han podido atender la demanda que se les presenta, a su vez esto se puede corroborar con la investigación de Camacho, Chávez, Maldonado (2007) donde mencionan que hay modificaciones en la dinámica familiar de un paciente esquizofrénico a partir del desarrollo de la enfermedad, pues se presentan conflictos internos en áreas esenciales como la comunicación, afectos, límites y modo de control de conductas.

Límites

Siendo los límites parte fundamental de la estructura familiar puesto que aprueba establecer hasta qué punto se permite involucrar al otro en mis funciones, y que tanto de información dejen entrar y salir del exterior, es relevante analizarlos en la familia Cárdenas quienes en su discurso referencian varias formas de dichos límites, dejando entrever las concepciones de privacidad y sus relaciones entre los subsistemas.

En primer lugar, los límites que la familia establece hacia al exterior son moderados que según Sánchez (2004) son los límites que permiten un flujo de comunicación y consienten un intercambio flexible de la misma, atribuyendo que estos límites se establecen de esta manera porque permiten a la familia el mejoramiento de las relaciones y el recibir dicha información, comprenderla e interiorizarla le puede dar confianza a los miembros sobre las actuaciones y las percepciones frente a la esquizofrenia, además se tiene en cuenta que la familia tienen claro el hecho que sus vecinos conozcan su situación para prevenir

cualquier inconveniente, aceptando todos los consejos necesarios que les puedan servir para ayudarse como familia, así lo refiere la señora Gina:

“¿Si algún vecino les da alguna recomendación aceptan? yo acepto, ¿y tú Elsa? Yo sí” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Es importante recalcar que en su forma de expresarse fueron muy claras al momento de responder esta pregunta, pues las dos tenían firmeza al referenciar que necesitaban ese apoyo porque en ocasiones no sabían que realizar con algunos actos que llevaba a cabo su familiar y estos consejos les orientaban dice la señora Gina:

“Mi mamá tiene una amiga que cada ratico me dice hagamos algo por Carmenza que ella no es así, que hacemos, es la mejor amiga. ¿Entonces ustedes aceptan consejos de los vecinos? sí. Yo no sé en si como es la enfermedad” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Dicho flujo de información podría creerse que permite a la familia sentirse segura y acompañada frente al proceso, además las familias en algunas ocasiones buscan refugio en los otros para encontrar estabilidad en la toma de decisiones.

Dichos límites también se refieren al interior de la familia estableciéndolos de manera rígidos, pues en primer lugar no existe permisividad al momento de opinar en las decisiones de la familia, pues es el padre quién las toma sin permitir que ni la esposa ni los hijos opinen frente a las mismas, esto sucedía antes de la esquizofrenia, se podría aludir al hecho que el padre en su crianza le enseñaron que es solo el hombre la autoridad de la familia y que es éste quién debe tomar las decisiones respecto a la crianza de los hijos y manutención del hogar, dejando entrever que estas concepciones “machistas”⁸ siguen jugando un papel importante en las familias Colombianas actuales como lo menciona Castañeda (2002) reconociendo que el machismo actualmente en las familias se convierte en una

⁸ Entendiendo el machismo como la forma de sobrepasar los límites de autoridad ejerciendo coerción y control frente a las mujeres.

forma de relación que crea unos roles limitantes y sumamente rígidos, entreviendo que en realidad la mitad de la población se ve relegada a un papel secundario en las relaciones, en el trabajo y en la toma de decisiones, repercutiendo sobre el bienestar de las personas.

Estos significados han sido fuertemente identificados en esta familia, demostrando con ello que los límites entre el sistema parental y el parento-filial son fuertemente rígidos, pues la toma de decisiones únicamente recaía en la figura paterna y las opiniones de los otros no eran relevantes, por lo que causó que las relaciones se establecieran distantes y hostiles llevando a una separación de los conyugues. Sin embargo cuando se rompen los lazos afectivos entre la pareja, el padre decide que toda la responsabilidad es de su hija mayor a quién toma por receptora de sus percepciones machistas, ejemplificando todo lo expuesto anteriormente se encuentra este fragmento de la entrevista refiriendo la señora Gina al tema:

“¿Ustedes tenían la oportunidad de opinar en algo? NO! Para la ropa, para todo era él. Cuando salían que nos iban a comprar ropa mi mamá decía: a las muchachas les vamos a comprar esto y esto pero cuando a él no le gustaba lo que mi mamá elegía decía: VAMOS A LLEVAR ESTO! Siempre era así, aun cuando ella se fue; decía: vamos a comprar! Pero compramos lo que yo diga!” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Evidenciando con esto que su palabra era válida y que no había cabida para la duda o la diferencia, actualmente en las relaciones que se han formado a partir de las nuevas uniones maritales se ha puesto en práctica los nuevos conocimientos adquiridos frente al manejo de la esquizofrenia, como lo reconoce Gina que en su dinámica familiar ha tratado de implementar otra perspectiva en el manejo de autoridad y en la toma de decisiones, rompiendo con ello los límites rígidos con los cuales se ha identificado anteriormente, pasando a tener unos límites moderados optando por nuevas formas de comportamientos y facilitando un flujo de información y opiniones más abierta, así lo menciona Gina:

“- ¿En la familia usted también toma decisiones?... - Si porque yo he tratado que las cosas no se repitan, porque él es muy agresivo también entonces si nos ponemos a discutir las cosas no llegan a ningún lado, cuando hay un problema esperamos a que las cosas se calmen y nos sentamos a hablar los dos (Gina y su esposo), por ejemplo si yo necesito una opinión de mi mamá yo se la pido pero muchas veces ella va a optar por las cosas malas de él (su esposo), entonces yo le digo má mira que te parece y ella me dice: bien o usted verá hija, usted es la que toma la decisión” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Evidenciando así límites familiares moderados, donde incluso se permite crear un proceso de comunicación abierta con sus hijos, pues ellos también tienen la oportunidad de opinar frente a algunas circunstancias, así como se expresa en la entrevista:

“- ¿Tienen posibilidades tus hijos de expresar lo que piensan? ... - Si, incluso la niña aunque está pequeña” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Los flujos de comunicación también juegan un papel importante al momento de hablar de límites, puesto que se manifiesta en la familia, una comunicación distante, podría decirse que débil, dado que no se opinaba en ninguna circunstancia frente a la toma de decisiones, además no se estableció unos parámetros de confianza que permitieran contarse circunstancias vividas o emociones y dejar la libre opinión y las críticas cuando existían diferencias, evidenciándose fuertemente en la comunicación del sistema fraternal, parental y el conyugal quienes se enteraban de algunas cosas, pero no se generaba la confianza para contar aspectos relevantes, lo manifiesta Gina en su discurso:

“El dueño de la casa donde ella vivía nos dijo que necesitaba que le desocupara porque ya tenía pendiente cuatro meses de arriendo, ella se quedó sin trabajo y no me había dicho”...“- ¿Sus hermanos tienen

conocimiento del proceso? - Si ellos tienen conocimiento del proceso, más no saben” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

De igual manera sucedió con la familia extensa, con quienes la relación se evidencia hostil, dado que tenían algunas diferencias y esto llevaba consigo que la relación con los demás miembros de la familia se tornara difícil de sobrellevar pues de alguna manera le hacía tomar un bando al cual unirse, doña Gina cuenta sobre esto:

“- ¿En qué ocasiones la visitaba la señora Carmenza? - Pues ella lo hacía en los días especiales que eran los cumpleaños; llegaba a la casa también de vez en cuando a vernos, ella era seria, nunca se la llevó con mi abuela era muy duro que ella no llegara a la casa sino que nos llamaba en la esquina y nos llamaba y nos íbamos con ella. Sobre todo yo, porque ya después que nos trajeron para acá ninguno de mis hermanos no iban pero yo siempre era al ladito de ella, todo lo que ella ha vivido me ha dolido mucho porque he sido yo la que siempre ha estado ahí con ella” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Logrando así una inestabilidad emocional y separación entre hermanos, además después de la esquizofrenia ha causado desconfianza en los otros pues creen que se aprovechan de ella por su condición y la ponen a hacer oficios que no le corresponden sin alguna retribución.

Finalmente los límites de la familia con la institución se evidencian moderados, pues comprenden la necesidad de recibir orientación profesional, que les permiten reorganizarse como familia y volver a una homeostasis, además expresan que todo lo que hacen es por amor a ella y que necesitan tenerla bien en todos los sentidos, permitiendo con esto que exista un flujo de comunicación entre ambas partes y que se logre generar un compromiso de corresponsabilidad para brindarle una atención integral, Gina lo expresa:

“- ¿Ustedes acogieron las orientaciones de los profesionales? -Sí. Porque para ella el más grande amor es tenerla bien, que se saca con darle amor pero tenerla mal, lo que me dijo la trabajadora, he tratado de hacerlo no al pie de la letra pero si lo mejor que pueda para que mi mamá esté bien”.
(Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Adaptación:

Teniendo en cuenta el proceso de adaptación como una de las variables de análisis se puede considerar que la familia Cárdenas ha vivido un proceso de crisis ante las situaciones que se han presentado con la señora Carmenza llevando a que tengan que movilizarse y adaptarse a las nuevas circunstancias que se han ostentado en relación con la esquizofrenia, pues como plantea Hernández (1997) cuando aparece como estresor un diagnóstico de enfermedad en alguno de los miembros de la familia puede producirse una crisis, puesto que se exceden las capacidades de la familia, al menos de manera transitoria.

Así pues esta tensión que se comenzó a vivir se evidencia con lo manifestado por Gina:

“Ella siempre toda la vida ha sido una mujer trabajadora, ella ha vivido siempre sola, desde que se fue del lado de nosotros... desde ese entonces soy yo la que ha estado siempre pendiente de ella, pero ella siempre ha vivido sola” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Demostrando con esto que la familia se encontraba estable y había una definición de tareas y una estructura establecida puesto que desde la separación de la madre del hogar se acoplaron a estar sin ella, además de que ha pasado un tiempo prolongado donde incluso cada uno de los hijos ya conformaron una familia diferente a la de origen, tal situación consideramos que genera un impacto frente a la manera de asumir y vivir la enfermedad de la Señora Carmenza por parte de sus hijos, debido a que ya se encontraba de alguna manera establecida una familia constituida por ellos mismos y el impacto de encontrarse de nuevo con el

subsistema parental y tomar determinaciones frente al lugar de residencia de ella pues alguno debía ser el cuidador, genera tensiones que llevan a una crisis siendo que este acontecimiento fue inesperado y no cabía con la etapa de familia con hijos pequeños⁹ del ciclo vital en la que se encontraban los hermanos.

Por consiguiente la esquizofrenia como posible productor de crisis, generó diversos estresores con el diagnóstico debido a que Carmenza desapareció y Gina se vio en la necesidad de buscarla en diversos lugares incluso fuera de la ciudad, ya cuando apareció como lo dice Elsa comenzó a agredir a su ex esposo, a los hijos de éste y a diferentes personas, además de las alucinaciones haciendo que las hijas buscaran controlar la situación y así contaron con la opción del hospital psiquiátrico siendo este un lugar que les brindo posibilidades para acomodarse como familia mientras se encontraba hospitalizada, esto demuestra que las instituciones logran ser importantes en el proceso de adaptación dado que permiten la estabilización de las personas además de dar una retención a los síntomas que se presentan para así pensar en opciones de manejo y organizarse ante una situación inesperada.

Del mismo modo la organización como familia implicó que la señora Carmenza se trasladara al hogar de sus hijas, modificando la estructura de estas familias, llevando a que tuvieran que hacer cambios en la manera de relacionarse y de actuar en la vida cotidiana como la distribución de recursos, el rol de autoridad, movilización espacial entre otros. Un ejemplo de lo expuesto anteriormente fue lo que sucedió cuando Gina recibió a su madre en el hogar pues generó una tensión con su esposo por la relación problemática que mantienen ya que Carmenza le disgusta la presencia de éste y aunque llevan tiempo de convivencia la relación sigue siendo hostil, en este sentido se demuestra que el proceso de adaptación no se ha alcanzado de manera óptima por el conflicto que aún se sigue viviendo en la relación entre ambos miembros y la posibilidad de que de cierta forma el esposo

⁹ Crianza de los hijos, aquí se crea un cambio de identidad porque se asumen nuevos roles y puede que se presenten crisis porque se desplaza la atención que tenía la pareja hacia el hijo

se sienta desplazado dado que no fue una decisión consensuada sino que fue interpuesta por la señora Gina.

Sin embargo la convivencia ha logrado controlarse evitando el contacto entre las dos partes , situación que más que conflictuar entre la relación madre-hija ha incidido en el subsistema conyugal, pues los se evidencian conflictos en torno al cuidado de Carmenza, sin embargo Gina manifiesta:

“No considero que uno de hijo pueda dejar a la mamá a un lado por un hombre o una mujer. No porque vivo con alguien ya no puedo vivir con mi mamá no, porque primero fue mamá que hombre o mujer” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Demostrando con esto que la prioridad de Gina es su madre pues según lo percibido y desde sus propias palabras se demuestra como una mujer autosuficiente para poder velar por su hogar, también puede considerarse que este comportamiento se deba a una creencia de reciprocidad, donde lo que se hace con los padres puede pagarse con los hijos, como dice Gina:

“Si yo lo hago el día de mañana mis hijos lo van a hacer conmigo” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Por otra parte se presentan factores que movilizaron la familia como la salida del trabajo por parte de Gina para estar pendiente de Carmenza dado que como ella lo manifiesta:

“Mis hermanos no están pendientes de ella...siempre nosotras...incluso me tocó salirme de trabajar para estar más pendiente de ella” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015).

Tal situación modifica los aportes económicos de la familia ya que conflictua con la pareja de Gina pues su esposo es el único encargado del sustento económico en el hogar; a la vez se ha creado la necesidad de que Gina y su hermana insistan a

sus hermanos en el aporte económico para los gastos de la señora Carmenza, pues como dice Gina:

“para ellos no cambia en nada que mi mamá este enferma, de pronto lo económico”. (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

De esta manera se evidencia que la adaptabilidad que han tenido frente a los recursos económicos se ha dado en un proceso de toma de decisiones entre las hermanas y a las cuales los hijos varones de la señora Carmenza han accedido, posiblemente porque sienten alguna responsabilidad de asumir el cuidado de manera económica porque no pueden hacerse cargo de ella en sus familias, o quizás puede presentarse porque se ha generado una presión por parte de Gina y Elsa y no por una vinculación afectiva entre madre-hijos, como lo dice Gina:

“Pienso que ellos están como resentidos de saber que ella se fue y los dejó” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Así pues, se muestra que la familia cuenta con capacidades para dirigir acciones que admitan un mejor manejo de la situación, no obstante todavía se dan sentimientos de malestar pues el apoyo de los hermanos es inestable y como lo plantea Hernández (1997) la adaptabilidad implica un balance entre necesidades, funciones y demandas, por lo tanto se puede considerar que la familia frente a este aspecto no ha logrado superar este estresor primero porque hay inconformismo por parte de las hijas y segundo porque la necesidad que se presenta frente al factor económico no se está resolviendo de la manera que se había concertado.

Por otro lado los roles en la familia juegan un papel importante, por lo menos en lo que respecta al rol de cuidadora de la hija puesto que es el cambio más significativo en la estructura familiar, dado que a pesar de ella ser actualmente cuidadora de sus hijas, ser cuidadora de su madre implica que se den cambios pues como explica Navarro (2004:87) *“quien juega el rol de cuidador descubre hasta qué punto el problema interfiere con su proyecto de vida, e incluso, con*

hábitos elementales de la vida cotidiana”. Por ejemplo en cosas que antes se acostumbraban a hacer como salir a pasear lo hacían los hijos y ambos padres, a partir de la llegada de Carmenza comienzan a salir los hijos de Gina y ellas dos, situación que hasta el momento no lo manifiestan como un problema pero que puede llegar a ser percibido como negativo por Gina al ser la cuidadora ocasionando estrés en la convivencia.

De igual manera frente al rol de cuidadora Gina no ha asumido este rol sola, sino que ha tenido la posibilidad de ser acompañada por Elsa, implicando esto una menor carga para ella ya que puede cumplir con otro tipo de demandas tanto individuales como sociales, en este orden de ideas se podría decir que frente al cambio de roles de hijas a cuidadoras han alcanzado una adaptación adecuada, primero porque no se manifiesta agotamiento por asumir este rol y en segundo lugar porque Carmenza cuenta con las capacidades suficientes para desempeñar sus labores diarias incluso se ha convertido en un apoyo en los que-haceres del hogar, demostrando con esto que quizás la condición de esquizofrenia no sea un factor que allá proporcionado estrés en cuanto al cuidado de la señora Carmenza.

También es importante mencionar que se dio una adaptación al espacio físico pues se percibe que no fue un aspecto tensionante la llegada de doña Carmenza al hogar – aparte de la situación relacional - , pues como lo manifiesta Gina:

“Yo a ella le compré cama, se redujo el espacio sí, porque pues la cama.... pues cada uno tenía una habitación entonces le di la pieza de mi hijo a mi mamá y lo pasé a dormir con la niña, pero la niña dijo yo ya no quiero dormir más con mi hermano quiero dormir con mi abuela entonces ella se iba a dormir con la abuela unos días y otros en la cama de ella, pero he tratado de tenerla bien, considero que en lo que yo le pueda dar a mi mamá está bien. Yo le digo a mi mamá: no vivimos como ricos mamá pero pues.... estamos bien”. (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

La aceptación de que la señora Carmenza resida con la familia de Gina es brindada también por sus hijos, quienes no presentaron mayor inconveniente por su estadía en el hogar.

Por lo anteriormente dicho se puede considerar que la familia ha logrado contar con recursos y ha buscado estrategias para llevar a cabo un proceso de adaptación a la esquizofrenia, teniendo en cuenta los estresores que han generado crisis y la solución a tales factores, contando con mecanismos de afrontamiento y demostrando con ello que han podido adaptarse, pues cada uno ha desarrollado los roles que se han establecido y se ha dado un mantenimiento de la unidad familiar pues cada integrante de la familia se ha desarrollado de manera individual y social, pues no se presentan impedimentos frente a sus funciones diarias y su vida cotidiana teniendo así la capacidad de continuar como familia y como personas, sin embargo cabe explicar que existen estresores como el factor económico que pueden sobre pasar los recursos de la familia alterando el curso de la cotidianidad y generar cambios a nivel estructural en la familia.

CAPÍTULO 5

Familia Carabalí

Dinámica familiar

Se hace necesario poder describir la dinámica familiar partiendo de las pautas transaccionales y los roles que se establecen al interior de la familia. En primer lugar, para el caso de las pautas transaccionales en la familia Carabalí se evidenciaron algunas a nivel relacional y otras en términos intergeneracionales que pasan de una generación a otra permitiendo el funcionamiento de la familia y la comprensión de aquellas pautas repetitivas que logran generar satisfacción e insatisfacción en la dinámica.

Por un lado ubica la pauta intergeneracional relacionada con la enfermedad mental en la familia, la cual muestra que el padre del señor Julián sufrió una enfermedad mental desconocida para ellos, la pauta continuó con Julián quien posee la condición de esquizofrenia y por el momento se perpetúa con su hija Liliana con trastorno afectivo bipolar. Dichas patologías psiquiátricas nos evidencian que es una situación heredada y probablemente la familia ha asimilado el significado de convivir con una persona con problemas psiquiátricos, por lo tanto en esta última generación pueden haber aprendido formas de afrontamiento y acciones exitosas de las experiencias pasadas.

Seguidamente en la familia se encontró una pauta relacional que gira en torno a la esquizofrenia, puesto que habían desarrollado acciones que les permitían organizarse como familia en momentos en los que no hallaban alternativas de apoyo o cuidado hacia quien posee la condición mental, al respecto Liliana mencionó:

“Pues digamos que ya era un momento en el que yo estaba en la universidad y mi hermana en el trabajo, mi mamá en el trabajo; no teníamos

con quien dejarlo en la casa, entonces veíamos la manera de internarlo en el hospital, con la idea de que iba estar cuidado porque están los enfermeros, pero nos dijeron que ellos como institución no eran el único apoyo, sino más bien que como familia debimos responsabilizarnos de él y apoyándolo dándole amor. En ese momento comprendimos”. (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Dicha familia encontró en el hospital psiquiátrico un refugio para su necesidad no resuelta, encontrando así que en ocasiones las familias con este tipo de situaciones consideran que la solución de cuidados y apoyo se encuentra o es responsabilidad de las instituciones prestadoras de servicios y que éstas las que le van a brindar todo lo que necesitan para funcionar como familia, más aun, en el momento en que la institución no responde a sus demandas deben acomodarse nuevamente y buscar las alternativas dentro de sus propias familia.

En unión a lo anterior se ubica la pauta de respuestas ante la aparición de los síntomas de la esquizofrenia, esta respuesta se crea a partir de las dinámicas que se presentan en el diario vivir y la forma en cómo se asumen situaciones que son nuevas para la familia. Sin embargo lo fundamental para entender y comprender dichas acciones es la información que reciben por otros medios distintos a lo experimental tal y como sucedió con el hospital psiquiátrico quienes les han referenciado las acciones que deben realizar frente a determinadas circunstancias, por lo que en el momento de interiorizarlas se convierte en un patrón repetitivo en el que los miembros saben qué acciones realizar en el momento en que la persona con esquizofrenia entra en crisis, así lo referencia Liliana:

“La orientación del hospital me ha permitido entender a mi papá porque a veces tiene una mala conducta entonces no juzgarlo porque digamos que está con un síntoma positivo; entenderlo no juzgarlo porque está sintomático. No es porque quiera hacer las cosas sino es porque está con un síntoma”. (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Por otra parte, la aparición de la esquizofrenia favoreció la pauta espiritual en la familia, pues es esta la que les permitió realizar el proceso de adaptación y *asimilación* a las nuevas circunstancias que se encontraban viviendo, dicha pauta ya se realizaba antes en la familia, sin embargo se fortaleció como herramienta principal para poner en otro, un ser superior las acciones que humanamente saben que no pueden realizar y con ello generar tranquilidad al hogar, como menciona Liliana:

“Ahora después de la esquizofrenia nos hemos vuelto más católicos, más cercanos a Dios, buscando ayuda espiritual. Que él esté tranquilo que con fe todo esté mejor”. (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Otra de las pautas que se hace evidente en la familia, son las relaciones que se establecen a partir de la comunicación, dado que las hijas tienen claro a quién dirigirse en determinadas circunstancias, pues a la madre es a quien se le manifiesta lo relacionado con el ámbito afectivo-emocional por parte de sus hijas y el padre es quien a pesar de su diagnóstico sigue ejerciendo el rol de protector y de orientador frente a lo educativo. Lo anterior les permite a las hijas tener un flujo de comunicación constante y apropiada con sus padres, dando paso a fortalecer las relaciones parento-filiales en los que se pueda expresar los afectos de malestar o bienestar en los momentos que se creen necesarios.

Como respuesta a la pregunta ¿A quién le cuentas tus situaciones sentimentales? Liliana y Jeimy tuvieron su punto de encuentro aclarando que es la madre con quien cuentan para conversar sobre aspectos como noviazgos, amigos entre otros, y al papá situaciones relacionadas con la educación, de superación personal o de trabajo, según lo comentó Liliana:

“¿Qué normas existen dentro de tu hogar? en mi casa son: las llegadas temprano, el novio no se va a pasar al cuarto de uno, las visitas en la sala, lo primero que uno hace al levantarse de la cama es tenderla, hay que lavar los platos, hay que lavar ropa interior, no todo se lava en la lavadora, estas

normas las ha impuesto mi mamá, esas reglas mi mamá siempre las ha puesto ella” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Como se puede observar en este fragmento de una de las entrevistas realizadas, se ubica el hecho de que en este hogar existe la pauta de la normatividad en la familia, que es ubicada en el rol de la madre desde antes que el padre se le diagnosticara esquizofrenia, es ella quien ha llevado la claridad de que se puede hacer y que no en la familia.

Finalmente se establece un patrón después de la esquizofrenia diferente a lo que se había vivido en la familia, pues la relación conyugal en esta, ya no era una relación basada en la cooperación y el amor sino una unión por un sentimiento de amistad, el cual ya no evidencia una pareja de esposos sino de amigos. Las hijas referencian que la madre tenía planes de separarse de su esposo pero por la esquizofrenia decidió que éste necesitaba de su cuidado lo cual hace que ella se sostenga en la familia, se podría decir que la mamá se sintió obligada a permanecer en la casa por lo que implican los votos matrimoniales – desde una concepción religiosa católica- como cuidar el uno del otro en la salud y en la enfermedad, como lo dice Liliana:

“La relación de mis papás es como de amigos, yo siento dos amigos conviviendo... como pareja sentimental tenían falencias, porque mi papá tomaba y rumbeaba mucho entonces se hubieran podido separar, pero con la enfermedad de él mi mamá no es capaz de dejarlo y él no es capaz de irse tampoco, entonces todos estos años se han tratado como dos amigos, antes era guache! Era un poquito guache!” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Esto permite comprender cómo se transforman las relaciones conyugales cuando uno de los miembros de la pareja posee un trastorno mental, pues aparece una necesidad de acompañamiento en un camino que es difícil para ambos conyugues

y más allá de ello, se fortalecen las relaciones parento-filiales de la familia, por la necesidad de cuidado y protección del otro.

Ahora bien, en términos de los roles en la familia Carabalí, estos han sido modificados a través de la vivencia con la esquizofrenia del señor Julián y con el trastorno afectivo bipolar que posee la hija menor (Liliana), pues antes de estas situaciones los roles en la familia se encontraban establecidos de acuerdo a la etapa del ciclo de vital que se hallaban - familia con hijos pequeños - , por lo tanto los padres trabajaban y se dedicaban a su vez al cuidado de los niños y las hijas estudiaban.

El señor Julián como cabeza de hogar desempeñaba funciones de manutención, cuidado y protección, pero con el comienzo de la esquizofrenia estas funciones fueron cambiando, dejando de cuidar a ser la persona que cuidaban, situación que pudo representar una fuerte crisis emocional para él ya que como es bien sabido en la sociedad occidental se presentan estereotipos sobre las funciones que debe desarrollar un hombre y una mujer, y para estos demostrar su “hombría” deben cumplir con tales, así como lo explica Balgane (2013) *“el hombre debe mostrar su masculinidad, su virilidad, haciéndose cargo de las situaciones, teniéndolas bajo control”*, quizás por esto su ego pudo verse afectado y su identidad masculina agredida, llevando posiblemente a que tomara decisiones apresuradas tal como irse del hogar para no cargar la tensión de no poder cumplir con las funciones socialmente establecidas.

Sin embargo luego de darle un control a la enfermedad con los años el señor Julián logro continuar ejerciendo algunas de estas funciones, así como lo plantea su hija Liliana:

“Él es muy activo, él se levanta nos deja en el paradero, se vuelve a la casa o va y deja a mi mamá o va y deja a mi hermana, él va y paga los recibos, es muy funcional, va y acompaña a mi mamá a mercar” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Mostrando con esto una opción diferente de relacionarse y de asumir un rol activo en la familia que lo hiciera seguir sintiendo como un “verdadero hombre” que alcanza a proteger a su familia y ocupar el lugar como hombre que socialmente le corresponde.

De igual manera esto se rectifica con la entrevista a ambas hijas pues desde su percepción consideran que el señor Julián no ha dejado de cumplir con su rol como padre pues sigue siendo protector, proveedor económico pues a pesar de no tener la posibilidad de emplearse actualmente puede contar con la pensión, además de cumplir tareas correspondientes al hogar, demostrando, así que finalmente se puede considerar que este rol no se ha desdibujado puesto que se han asumido tareas similares a las que antes tenía dando una posibilidad de convivir con su familia, siendo esto una clara definición de roles en la familia de manera explícita, pues permitieron el desarrollo individual de Julián y la continuación de la familia.

Por otra parte esta movilización de roles afectó de manera directa a la esposa del Señor Juan (la señora Lidia), puesto que ella aunque ya tenía establecido dentro de su posición la autoridad en el hogar y a la vez la compartía con su esposo, se vio luego de la esquizofrenia en la necesidad de asumir totalmente esta responsabilidad y comenzar a tomar decisiones en el hogar, situación que pudo costarle a Lidia en tanto que estos roles de control en la familia son socialmente establecidos para el hombre y el deber de asumirlos completamente requieren de un proceso de versatilidad de la persona y contar con características como la flexibilidad para lograr desarrollarlos de la manera que requiere la familia para continuar con su funcionamiento cotidiano, en este sentido se puede interpretar que la madre logró movilizarse y permitir un acercamiento a roles socialmente establecidos como masculinos quizás por la posibilidad social de que las mujeres desarrollen en la actualidad funciones que siempre han sido asignadas a los hombres debido al reconocimiento de ésta como sujeto de derecho.

De igual manera Lidia también se encontró en la necesidad de continuar trabajando mientras su esposo tenía la esquizofrenia ya que era la única posibilidad de sustento económico en ese momento, asignándoles de manera implícita a sus hijas el rol de cuidadoras, así lo manifiesta Liliana “primeramente era función de nosotros cuidar a mi papá hasta que me enfermé yo también entonces pues ya somos los dos” llevando este aspecto a considerar que la familia no solo se movieron en un solo aspecto sino que debió atender ambas situaciones que implicaban atención oportuna y una necesidad de asumir un cuidado por otra figura, haciendo que la señora Lidia tomara ese cuidado de manera directa con su esposo y a la vez con su hija, generando una carga emocional además de funcionalidad ya que se vio comprometido su aspecto laboral.

Este rol de cuidadora fue asumido por la esposa del señor Julián pero a su vez fue asumido por sus hijas, este cuidado por parte de las hijas puede deberse a una especie de agradecimiento de parte de ellas con su figura paterna, se podría pensar que como hijas posiblemente crean en la idea de estar en las buenas y en las malas con su padre tal y como él ha estado apoyándolas en lo que han requerido.

Aquí es necesario tener en cuenta que cuando se habla de cuidado implica pensar en un proceso de ajuste entre el cuidador y la persona que tiene la condición, pues lleva a pensarse en que hay miedos y temores, en este sentido los temores se dan de manera inevitable y puede que en medio de esta relación de protección se torne una situación que desequilibre la homeóstasis de la familia (Navarro 2004)

Jeimy tiene en esta familia un rol de soporte económico además de tomar las decisiones con la madre, quizás apoyar desde el ámbito económico le permite ser una parte importante en las decisiones familiares puesto que en el campo monetario genera una posición de poder en cualquier tipo de relación, puesto que de acuerdo al modelo económico en el que nos encontramos regidos implica un reconocimiento de las personas a partir del poder adquisitivo.

Demostrando con lo anterior que en la familia se ve principalmente un predominio de funciones consideradas como masculinas como el aporte económico, toma de decisiones y apoyo en la vida familiar e individual de sus integrantes, desde figuras femeninas, indicando con ello una posibilidad social de asumir diferentes posturas tanto en la esfera externa como interna de la familia pues hay una consigna estimulada en la actualidad que demuestra la capacidad de las mujeres de lidiar con las mismas cargas que un hombre, teniendo esto la clara demostración de igualitarismo entre hombres y mujeres.

Límites

Para hablar de límites en la familia Carabalí, es importante referenciar que tipo de límites se encuentran actualmente, diferenciando aquellos que son externos de los internos, en primer lugar como lo manifiesta Minuchin (1997) los límites están constituidos por las reglas en el hogar que establecen la forma de participación y hasta donde se le permite al otro opinar sobre un rol, una decisión, un tema entre otros aspectos.

Por lo anterior es posible comprender que los límites en esta familia a nivel interno (relaciones entre los miembros) son moderados y los límites a nivel externo (con los vecinos, instituciones u amigos) se observan difusos, lo que permite caracterizarla como una familia desligada, puesto que tienen una amplia permeabilidad hacia el exterior.

Para comenzar se describe y analizan los límites relacionales que como se planteó anteriormente son límites moderados dado que en la familia existe un flujo de comunicación que ellos consideran adecuados, pues cada uno sabe a quién se dirige en alguna circunstancia en particular y tienen claro los roles que ocupan cada uno en la familia, permitiendo conocer hasta qué punto se pueden involucrar en el rol del otro y dependiendo el momento el comprender a quien buscar cuando había que tomar una decisión, contar un aspecto sentimental o buscar un consejo a nivel educativo, cumpliendo así con el objetivo que se planea para los

límites como lo referencia las autoras Álzate, Gallego y Ríos (2011:16) *“hablar de límites es referirse a las reglas de funcionamiento claras y precisas, y que tienen como fin último proteger a los miembros de un sistema”*, siendo para estas autoras los límites una frontera invisible que permite a la familia seguridad, autoafirmación y autodeterminación.

Esta comunicación se ve clara pues se establece en la familia la precisión con la que se encuentran delimitando los flujos de información y el contenido es congruente a las relaciones que se instituyen dentro de la familia. Es claro que para las hijas estos límites se caracterizan por ser contundentes puesto que saben que función cumplen ellas como hijas y los demás miembros de la familia, es así que se construye su homeostasis entorno al respeto al otro, sabiendo con esto que no se puede sobrepasar las normas establecidas consientes e inconsistentes que se han ido creando a través del tiempo y modificando de acuerdo a las circunstancias, un ejemplo de ello, es cuando el padre empieza a desarrollar la sintomatología de la esquizofrenia las hijas pasa de ser protegidas a proteger comprendiendo todo el contenido que se manifiesta el ser cuidadora de alguien y las responsabilidades que trae consigo, estableciendo normas claras y funciones para la nueva forma de convivencia.

Sin embargo estos límites se rompen en algunas circunstancias cuando una de las hijas entra en crisis pues ella siente que su hermana es su enemiga y se vuelve agresiva rompiendo el respeto al otro, no obstante este suceso no es permanente y cuando Liliana controla los síntomas, todo se acomoda como era antes. También se puede evidenciar que existe un lazo fuerte entre el padre quien posee la esquizofrenia y su hija Liliana, lazo que se puede interpretar como un romper el límite entre padre e hija y tener una idealización de la figura paterna, a tal punto de sentir la necesidad de estar pendiente todo el tiempo de él, de buscarlo como solución a los problemas, sentirlo parte de sí y todo el tiempo verlo como un “héroe”.

Para Liliana esta relación tan fuerte provocó una alteración en su aparato psíquico pues cada que tenía una recaída de su trastorno afectivo bipolar era su padre quien le movilizaba más sentimientos de ira o de desespero como lo menciona Liliana:

“La relación con mi padre me estaba afectando, inclusive cuando estuvo internado me recomendaron que no viniera y que no lo buscara; que lo dejara que pasara todo el proceso y después sí. Porque eso me afecta y estar muy pendiente de él, eso también me recomienda mi mamá que lo vaya soltando que lo vaya dejando porque él es un ser aparte de mí, que no somos la misma cosa, que debo irlo soltando” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Sin embargo se podría interpretar este acercamiento tan fuerte plasmado desde la infancia como un posible complejo de Electra, término que lo desarrolla Jung (citado en Maglio 2013:40) como la “atracción afectiva de la niña frente a la figura del padre” siendo este complejo un suceso muy común en las niñas en su momento de infancia, expresando por parte de la niña una predilección por el padre, por tales motivos podría ser que Liliana se quedó en la etapa de la idealización del padre volviéndola patológica en su etapa adulta.

Por otra parte se encuentran los límites moderados con los agentes externos, estos se categorizan en moderados dado que dejan entrar y salir información de manera flexible, permitiendo que otras personas opinen permitiendo esto que la familia Carabalí haya recibido un apoyo de personas externas, desde la parte educativa, económica y manejo de la persona con esquizofrenia, viendo algunas de estas ayudas como mandadas por Dios y que si no fuera por la manera en que los otros han realizado su aporte no hubieran superado algunos obstáculos como lo refiere Liliana cuando se le pregunta si ha tenido apoyo de otras personas asegurando:

“Si, si, no solamente nosotras en la casa sino los vecinos ya saben que tiene problemas. Un día se quedó dormido en la calle porque se tomó el medicamento y de una se durmió y estaba en la calle eran como las 10 p.m. entonces nos vinieron a avisar que estaba por allá en un andén, fuimos por él lo llevamos a la casa en taxi y todo entonces ellos están muy pendientes siempre” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Sin embargo Jeimy refiere que no se encuentra muy de acuerdo que las demás personas se enteren de lo que está pasando con la familia pues según ella, los vecinos no saben lo que significa la esquizofrenia, ni lo que implica tener una persona con esa patología en el hogar y que ellos opinen tanto frente a las circunstancias se presta para malos entendidos, ella refiere:

“Ha sido evidente para los vecinos la enfermedad de mi papá y obviamente ellos, analizan y preguntan... pero si ellos nos preguntan, no se dice como tal la esquizofrenia porque la gente no maneja el mismo idioma, entonces se puede prestar para malos entendidos, por ejemplo que digan que mi papá es loco, como cosas así, aceptaría opiniones positivas, un ejemplo si alguien viene y te dice mira en tal clínica hay un médico que es especialista en esto, que ha curado gente todas esas cosas, si lo aceptaríamos como una ayuda porque es algo bueno para nuestro papá, pero no las situaciones más afondo porque no todo se puede ir diciendo por el mundo pero si cosas que sean para ayudarlo a él”. (Jeimy, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Esta interacción con el contexto puede deberse a que sienten que para solo los cuatro que conviven juntos la carga es muy pesada, no solo por todo lo que implica tener una persona con esquizofrenia por su sintomatología, sino porque también existe en la familia otra persona con trastorno afectivo bipolar, enfermedad mental que también tiene grandes implicaciones a nivel relacional y emocional. Esto lleva a querer buscar ayuda a otras instancias como vecinos, el hospital psiquiátrico y amigos cercanos, dado que el apoyo que reciben de sus

familia extensa es muy poco y en ocasiones no reciben ninguna clase de apoyo por situaciones que han vivido las relaciones no se han afianzado entre esas se encuentran que la familia creían que esquizofrenia era causada por la brujería, como dice Liliana:

“No pues en mi familia de parte de papá... de pronto creían que mi mamá le había hecho algo de brujería a él, eso no es cuestión de brujo” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Por otra parte también podría deberse a que por su condición económica en que se encontraban en algunos momentos permitieron abrir sus límites a ayudas externas para mejorar su calidad de vida, puesto que la mayoría de las ayudas que recibieron en situación de crisis fueron de carácter económico, quienes los impulsaron a estudiar y superar dichas situaciones, en su discurso Liliana refiere que recibieron dicho apoyo:

“Del personal médico, de los terapeutas, los psiquiatras, las trabajadoras sociales; esto es un proceso de años.... eh.... personas allegadas a la familia que nos han apoyado.... por ejemplo mi hermana no había podido empezar a estudiar porque no habían recursos, una señora le pagó prácticamente tres semestres ya empezó, arrancó y ya se defendía” ¿Qué opinas de la orientación que te dan aquí en el psiquiátrico? no pues.... estoy complacida porque estoy aprendiendo cosas de mi enfermedad que no conocía; así como yo me ilustro no es fácil que otra persona me venga a hablar de la enfermedad y me engañe entonces yo ya sé que medicamentos, que efectos adversos, todas esas cosas que son importantes” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Esta relación que se ha fomentado con el hospital psiquiátrico ha permitido crear una estabilidad en la familia y una tranquilidad en el momento de expresar hacia los otros que es lo que está sucediendo puesto que el tener pleno conocimiento de la esquizofrenia y del trastorno afectivo bipolar les permite entender los

movimientos familiares y los cambios que están teniendo, permitiendo así darse cuenta que el abrir sus límites y dejar que otras personas orientes, aconsejen y se involucren les ha funcionado como método de aprendizaje y adaptación.

Adaptación

El proceso de adaptación para una familia resulta ser un proceso tedioso en términos de que llegada de un evento que no se esperaba, en este caso la enfermedad, esto requiere que la familia se movilice hacia el cambio, lo que atenta contra su estado homeostático en el que reposan la mayoría de familias, por tanto, la estructura al presentar cambio por cualquier índole obliga a la familia a un proceso de adaptación, dicho de otro modo, a un proceso en el que sean capaces y cuenten con la habilidad de enfrentarse a lo nuevo aunque requiera un proceso largo y tedioso.

De esta forma, y en términos de los primeros momentos en los que la familia debió afrontar la aparición de síntomas en su padre, las sorpresas y la incertidumbre se hicieron presente, como refiere Liliana:

“Al inicio mi papá era una persona tan alegre pero comenzó a aislarse a no levantarse de la cama siendo un hombre tan trabajador, no comer y no hablaba tampoco con nadie con nadie, en ocasiones ni reconocía que era mi mamá, mi hermana o yo, no reconocía... fue difícil porque mi madre estaba acostumbrada a contar con él para todo; ahora le toca ocultar cosas para que él no se preocupe, tiene que llevar ella la batuta para que él no se angustie, entonces le falta como ese apoyo... mi hermana y yo como estábamos muy pequeñas recuerdo una imagen con tristeza porque cuando yo vi a mi papá amarrado yo decía pero ¿POR QUE? ¿POR QUE LO AMARRAN?”. (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Los cambios de personalidad de la figura paterna mostraban que algo estaba cambiando en un miembro de la familia y que al mismo tiempo algo empezaría a cambiar en el resto de ella, así, la aparición de la esquizofrenia movilizó la familia

y el cambio de roles empezó a cumplir una función dentro de su dinámica, ya que era la figura materna quien debía empezar a controlar las nuevas situaciones por las que atravesaría a la familia, debía empezar a cumplir con nuevas funciones. El proceso de adaptación acarrea consigo un proceso de movilización.

La familia se moviliza a tal punto que busca nuevos horizontes que permitan volver a un equilibrio, por su parte los Carabalí al enfrentarse no sólo a la aparición de la esquizofrenia sino además a las dificultades económicas que se encontraban en el momento emprendieron camino hacia una nueva vida en ciudades distintas, se da entonces una separación entre las figuras parentales para hacerle frente a la situación, así dice Liliana:

“Mi papá se quedó sin empleo y estaba detrás de la pensión, él se fue a vivir un año en Buenaventura sin nosotras lo dejamos a merced de la familia, mi mamá le tocó buscarnos acá en Cali colegio entonces fue una etapa dura para ella, le tocó aprender a mercar y todo el respaldo que mi papá le daba le tocó asumirlo sola, él se fue a vivir en Buenaventura”.
(Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Se empezó entonces con gran dificultad a restaurar el equilibrio como sistema, ya que en los procesos de adaptación la familia usa sus capacidades para hacerle frente a las nuevas exigencias de acuerdo a la importancia que se le dé a los nuevos estresores (Hernández 1993).

Sin embargo, el proceso de adaptación se complejiza cuando no solo es una condición de esquizofrenia la que se enfrentan sino además a un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar en una de las hijas, más aun los cuidados están enfocados a la esquizofrenia tal vez porque se presenta en la figura parental donde aún existe ese rol de poder o jerarquía, se evidencia entonces que cuando la patología reposa en alguno de los padres exige un cambio mayor, debido a que no solo se necesitaría de un cuidado sino además de suplir necesidades económicas lo que implicaría que alguien se hiciera cargo de ganar el dinero

necesario, encargarse de los quehaceres del hogar, autoridad entre muchos otros aspectos, por el contrario cuando la condición patológica reposa en un hijo el ajuste estructural es menor (Navarro 2004)

Más allá de lo anterior, es de recalcar el papel que juega el ámbito religioso en el proceso de adaptación de la familia Carabalí, pues es a partir de ahí que encuentran un refugio y una esperanza para sobrellevar la situación y aguantar los estresores, poniendo todos sus miedos, inseguridades e incertidumbres en Dios, así mismo teniendo la plena esperanza en que es a partir de lo religioso que logran mantenerse en pie ante su nueva situación, así refiere Liliana:

“Ahora nos hemos vuelto más católicos, más cercanos a Dios, buscando ayuda espiritual para que él esté tranquilo, con fe todo es mejor...nosotros creemos mucho en el señor de Buga, entonces hacemos promesas u ofrendas monetarias, vamos juntos y oramos, esa fe es efectiva porque uno le pide al señor milagroso de Buga todo poderoso y ¡santo remedio!”
(Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Por otra parte, “cuando una familia experimenta una tensión o estresor que no comprenden, bien porque no conocen la causa o porque no saben cómo manejarla, acuden por lo general a alguien que les ayude a encontrar interpretación y significado”(Hernández 1993:60)

Se reconoce entonces en la familia una adaptabilidad, es decir, una forma de afrontar y superar aquellas situaciones que no eran esperadas a la familia, como dice Liliana:

“En estos momentos ya tenemos la costumbre de estar en este proceso, es decir darle... el medicamento, las terapias, la orientación, la adherencia que tenga al medicamento al tratamiento todo eso ayuda... es algo con lo que hemos crecido”. (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Se reconoce que han llegado a un estado en el que la vivencia, la experiencia y los procesos de acompañamiento relacionados con la condición de esquizofrenia

que ha vivido el padre ha sido afrontada de tal forma que les ha permitido permanecer como núcleo familiar, además de lo anterior, la utilización del recurso de cohesión familiar permitió que a través de la unión el alcance de tal adaptación a la situación (Hernández 1993).

CAPÍTULO 6

Esquizofrenia y familia tres ámbitos de la estructura familiar

En este capítulo se pretende ampliar aspectos abordados durante todo este documento, haciendo un análisis a profundidad de cada uno de los objetivos específicos propuestos que guían la investigación, para así buscar dar respuesta a la pregunta inicial sobre la incidencia en la estructura familiar cuando existe un padre o una madre con esquizofrenia, permitiendo así entender los procesos que se subyacen en las familias y presentar más adelante recomendaciones para intervenir desde el área de Trabajo Social en la mencionada situación.

5.1. Dinámica Familiar:

Así, como primera medida le damos paso a un análisis desde la dinámica familiar, teniendo en cuenta que a nivel general cuando un miembro de la familia posee una condición de esquizofrenia implica una movilización en todos los ámbitos de la composición familiar específicamente de las pautas y los roles familiares

La dinámica familiar se encuentra compenetrada con las pautas de funcionamiento que se han podido establecer tanto de manera implícita como explícita entre sus miembros, siendo las que permiten regular su funcionamiento como sistema familiar, en este sentido con el proceso investigativo se logra evidenciar que existen tanto pautas genéricas como idiosincrásicas en las tres familias, las cuales evidencian su manera de ajustarse para sobrellevar la condición de esquizofrenia del padre o la madre.

Así pues, se evidencia que dentro de las pautas idiosincrásicas de las familias principalmente se encuentran las relacionadas con herencia genética en cuanto a problemas de salud mental, pues como lo proponen Gottesman y Shields (1982 citado en Anderson, Reiss, Hogarty 2001) en la teoría estrés-diastesis desde su formulación etiológica, hasta el 70% de las causas de esquizofrenia son genéticas

y el 30% ambientales, considerando esto como una de las principales causas de la esquizofrenia en ellos, pauta no identificada por las propias familias sino en la realización del genógrama familiar que demuestra como en las diferentes generaciones se presenta la esquizofrenia o diversas enfermedades de salud mental, también es importante mencionar que desde nuestro punto de vista el factor genético no juega un factor determinante para el desarrollo de la esquizofrenia puesto que a pesar de presentarse esta pauta en dos de las tres familias, la experiencia de vida, el contexto y las situaciones por las cuales se enfrentaron estas personas pudieron incidir en el desarrollo de ésta, estando de acuerdo con la premisa de que una conducción positiva de la vida contribuirá a evitar la experiencia de esquizofrenia o reducirla al mínimo (Anderson, Reiss, Hogarty 2001).

De igual forma estas familias desde sus creencias no atribuyen el factor genético en relación con la esquizofrenia sino más bien con un aspecto de brujería o hechicería así lo dicen la familia Cárdenas y la familia extensa de los Carabalí, en cambio la familia González atribuye la esquizofrenia a una cuestión de nervios.

Demostrando con esto que los aspectos concernidos con la manera de moverse y relacionarse ante las circunstancias que se presentan en la vida familiar se encuentran ligadas a las creencias de los sujetos ya sean culturales o religiosas, por eso en este caso particular el considerar la esquizofrenia con una cuestión religiosa se vincula directamente con lo planteado en la antigüedad, donde se decía que la enfermedad mental era una forma de posesión sobrenatural que debía de ser tratada por un sacerdote (Salaverry, 2012), señalando que es mucho más fácil asumir una concepción religiosa que ha sido tomada por muchos contextos y más en uno como el Colombiano donde el mayor impacto de la iglesia se presentó por lo menos hasta el año de 1991, permeando todo tipo de situaciones y enseñando una verdad absoluta que hacía considerar todo los fenómenos en relación a la iglesia, cabe aclarar que a pesar de que hablamos de el mayor impacto de la iglesia hasta el año de 1991 nos referimos desde el ámbito

legal y político de esa época, pues por fuera de este aún sigue presentándose un arduo furor por la parte religiosa en nuestro país.

Así mismo la concepción de que la esquizofrenia tiene que ver con los nervios como lo dice la familia González, lleva a considerar que de esta forma la familia asimila tal situación, puesto que desde el vocabulario común se utiliza la palabra nervios para decir que se tiene temor frente a algo y no se sabe cómo actuar frente a estas, poniendo la responsabilidad de tal situación por fuera de la familia y de la persona, así como dice Viví:

“Me tocó sí o sí” (Viví, comunicación personal, 25 de septiembre de 2015)

En este sentido, la forma como la familia comprenda la enfermedad mental y la signifique se relaciona con su forma de asimilación, manejo frente a la condición y a la relación que establecen los miembros de la familia con la persona con esquizofrenia, es decir que de acuerdo al sentido que estas familias dan a la esquizofrenia conlleva a evitar un distanciamiento social debido a que los trastornos mentales en el entorno ha sido asociada con violencia, peligrosidad, personas con incapacidad de manejar sus actos, lo que genera sentimientos de miedo, rechazo, desconfianza que a su vez lleva a un distanciamiento social (López, 2008), debido a que estas personas realizan actos que socialmente no son aceptados, creando así etiquetas que son reforzadas por los medios de comunicación, como hace mención Gina:

“He visto por televisión la persona loca, loca, loca que no se acuerda de nada” (Gina, comunicación personal, 01 de octubre de 2015)

Desde esta perspectiva los medios de comunicación muestran estos trastornos como incurables y como si fueran “locos”¹⁰ contribuyendo a que se generen estigmas sociales.

¹⁰ Persona que no cumple con la conducta social esperada. Tenorio L. Osorio M (2014)

Por consiguiente la familia debe atender esta carga social y emocional, estableciendo redes de apoyo familiares o institucionales, para resolver los síntomas de la esquizofrenia, entre ellas se encuentran el HPUV que ayuda a lograr una estabilización por medio de hospitalizaciones cada que se presentan síntomas negativos¹¹, así las entidades de salud y policiales contribuyen a que las personas encargadas del cuidado del padre o la madre en el hogar puedan lograr que su familiar sea atendido, pues ya han agotado los recursos que tiene la familia y el desgaste que implica generar control frente al síntoma, situación que se da desde el momento en que aparece la esquizofrenia en la familia, lo que evidencia la preocupación por el bienestar tanto de la persona con esquizofrenia como del manejo oportuno de su sintomatología.

La utilización de una red de apoyo externa como es el HPUV, les permite dar un manejo a la situación, sin embargo a quien identifican en el manejo es al profesional médico como refiere la familia González:

“El doctor es el único que la controla” (Viví y Juan, comunicación personal, 24 de Septiembre de 2015)

No obstante las entidades de salud tratan de disminuir los internamientos por lo cual ubican a las familias en una posición de responsables sobre el bienestar de su familiar, así lo presenta la familia Carabalí quienes han recibido orientación:

“Nos dijeron que la solución no es venir a traerlo acá (hospital)... la solución es que ustedes los ayuden desde el hogar eso no lo puede hacer el hospital, solo en caso de una urgencia se hospitaliza!” (Liliana y Jeimy, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

Evidenciándose de esta manera que cuando la familia no puede controlar los síntomas de su familiar, puede deberse al poco conocimiento que tienen acerca de la atención que deben realizar en casa.

¹¹ Retraimiento, letargo, falta de motivación, agresividad. Hospital Universitario del Valle (2002)

Por ende aquí se alcanza a percibir que el apoyo a la familia y una orientación adecuada por parte de los profesionales del área de la salud, lograría generar un cambio en los procesos de asimilación y afrontamiento para la familia, haciendo menos tensa la convivencia con la esquizofrenia y así lograr conocer la manera de actuar frente a ciertos momentos de crisis en la esquizofrenia.

Entre tanto se puede evidenciar que existe una contradicción en las familias, en tanto que asumen que la esquizofrenia se debe a una cuestión espiritual, pero para lograr dar atención a los síntomas de la persona acuden al servicio de salud, teniendo poca coherencia entre creencias-acciones, pues ante este caso las acciones que las familias deberían realizar serían en el mismo campo –espiritual-, pero esto no es así, pues acceden a los servicios de salud, por tanto esto puede interpretarse como un temor al decir que los síntomas que tiene la persona son por un trastorno mental, siendo más fácil una explicación religiosa, pero donde saben que deben atender la situación en una institución como es el psiquiátrico debido a que es la única constituida socialmente para atender la “locura”.

Por otra parte se puede identificar como pauta en las familias por un lado la reafirmación y por el otro la perpetuación del poder y autoridad en las mujeres en el ámbito del hogar, ya que como se presenta en las familias González el hecho de que Silvana como madre no logrará seguir siendo la autoridad, le dio paso a otras mujeres para que la ocuparan siendo su hija y su hermana, en la familia Cárdenas la autoridad se mantenía compartida entre la pareja pero cuando aparece la señora Carmenza con la esquizofrenia la autoridad comienza a manejarla su hija, con respecto a la familia Carabalí la autoridad era compartida pero al comenzar la esquizofrenia la esposa logra asumir completamente el poder, en este sentido se muestra que la autoridad se relaciona con la persona cuidadora y al ser estas mujeres se les adjudica este ejercicio cuando el padre o madre diagnosticado ya no cumple con la función.

Con esta claridad se puede entrever que el poder y autoridad se comienzan a ejercer en una figura femenina que quizás por siglos se ha dicho que no hay

potestad para ejercer tal función, pues como lo manifiesta Nash (1983) la mujer tiene como rasgos la sensibilidad, dulzura y abnegación por lo tanto por sus rasgos el papel social de la mujer se realiza dentro de la esfera privada, en el hogar y la familia, siendo de esta manera la mujer recluida en un espacio privado, por lo tanto se puede pensar que el hecho de que la mujer sea encargada de la autoridad en estas familias luego de la esquizofrenia sigue siendo una labor correspondiente al ámbito privado del hogar, ya que corresponde con el ejercicio de ser madre y esposa, por lo tanto no se considera tan significativo como si fuera el hombre el que tomara esta posición.

Demostrando con esto que la mujer a pesar de los años sigue considerándose como parte de la esfera privada motivo por el cual es desvalorizada y considerada para las tareas “menos relevantes” como lo es el hogar, por tanto si la mujer ocupase o no la autoridad en la familia sería un aspecto desapercibido, pues no hace parte de la esfera pública. No obstante las mujeres de estas familias son las que determinan que debe y como debe realizarse, además de asignar funciones a los miembros de la familia y de determinar las normas, como lo presenta Liliana:

“Ella tiene la batuta en la familia” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre 2015)

Permitiendo de esta forma que los miembros de la familia realicen actividades en pro del bienestar, también se involucran como autoridad de la madre o el padre con esquizofrenia pues establecen sus funciones y ellos mismos son los que comprenden que la autoridad existe en esa persona, haciendo caso frente a las directrices y la manera en que deben actuar.

De igual manera quien también determina en estos hogares las decisiones son aquellos que tienen un poder adquisitivo, debido a que son los aportantes que logran dar una sostenibilidad en la familia, siendo a veces el único recurso que tienen, por lo tanto es permitido que participen con sus opiniones tanto en la manera en que funciona el hogar como en lo relacionado con la persona con

esquizofrenia, da la coincidencia que de estas familias los aportantes económicos también son mujeres, demostrando así que el cuidado se relaciona con la autoridad y el manejo económico, correspondiendo esto con lo planteado por Micolta, Escobar y Maldonado (2013).

Una pauta que también sale a la luz en las familias entrevistadas es la relacionada con los problemas entre cónyuges o ex cónyuges, donde se evidencia que la relación con la ex pareja se complejiza cuando la madre presenta esquizofrenia pues resulta tensionante el contacto entre ambas personas, conllevando a que la madre con esquizofrenia comience una crisis, por tal motivo esta situación se previene con la existencia del límite interpuesto en la familia para evitar el contacto con la ex pareja, ya que la tensión que en la familia se presenta cuando la madre comienza con los síntomas es motivo de que se hayan tomado medidas al respecto, para lograr una estabilidad en el sistema familiar.

Situación diferente se presenta en la familia Carabalí, pues la relación entre la pareja continúa, pero la manera en que se ha dado esta relación antes y después de la esquizofrenia del señor Julián, determina una pauta amistad-pareja, creada debido a la aparición de ésta condición pues la pareja pensó en algún momento separarse y se reencontró ya no en la intimidad sino como amigos, demostrando un pacto entre ambos cónyuges donde la salud mental de uno de ellos, hizo desistir de una posible separación, quizás este tipo de relación se genera a partir de una concepción religiosa –católica- “en la salud y en la enfermedad” debido a que también una separación luego de la aparición de la esquizofrenia hubiera sido para la mujer un fuerte veto social, dado que socialmente no es aceptable que la mujer se vaya del lado de su esposo huyendo del cuidado que podría brindar a este en la enfermedad, por ende se prefiere una amistad entre ambas personas tanto para mantener la familia como unidad y para ser el apoyo del otro ante una situación adversa como lo es la esquizofrenia, así lo dice Liliana:

“Con la enfermedad mi mamá no es capaz de dejar a mi papá” (Liliana, comunicación personal, 14 de octubre de 2015)

También se evidencia el consumo de cigarrillo o alcohol por parte del padre o la madre que tiene esquizofrenia incluso desde antes de la aparición de los síntomas; en cuanto al consumo de cigarrillo con la aparición de la esquizofrenia aumento en las mujeres, en cambio el consumo de alcohol desapareció en Carmenza y Julián quienes lo consumían.

Así pues en lo que refiere al consumo de cigarrillo se puede considerar que la manera continua de fumar por parte de ellas se presenta debido a que el consumo de nicotina tiende a modular efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos, incrementando los niveles de dopamina en el cerebro, aliviando así los síntomas psiquiátricos (Becoña, 2004), por lo tanto las familias frente al consumo del cigarrillo buscan la manera de controlarlo al menos en lo que respecta a los espacios, sin embargo cuando las familias evidencian que el consumo se convierte en excesivo detectan el comienzo de la crisis, siendo esta una pauta de reconocimiento de la esquizofrenia que permite que la familia comience a tomar medidas frente a lo que se encuentra sucediendo y poder contar con el apoyo institucional o en algún caso reforzar el medicamento, esta manera de actuar se debe a la experticia que los miembros de la familia han adquirido con los años, pues el saber que el consumo de cigarrillo se relaciona con la aparición de síntomas, no es sin razón alguna sino que su interacción con la condición los hace expertos en la situación.

Evidentemente el que la familia pueda reconocer las particularidades de la sintomatología se da a partir de comprender los procesos individuales, logrando establecer mecanismos de atención de acuerdo a lo que han vivido, siendo esto un conocimiento empírico que genera estabilidad en la familia y que les demuestra su habilidad para atender situaciones de adversidad.

Por otra parte se encuentra como pauta el consumo de alcohol, en esta se encuentra que el consumo en las familias participantes tiene una relación directa entre consumo y violencia, dado que en ambas familias se presenta agresión hacia la mujer aunque el consumo sea presentado en el hombre o en la mujer, lo

anterior se relaciona con visiones culturales y el dominio del hombre frente a la mujer, dado que esta forma de actuar frente al otro se relaciona directamente con el poder¹² que existe en el hogar, donde quien es el maltratador tiene un mayor nivel y por lo tanto considera que tiene la potestad para maltratar, sin embargo es importante aclarar que la violencia hacia la mujer no es una cuestión biológica por el poder sino una situación de género basada en constructos culturales que surgen de la discriminación que tiene origen en la estructura social del patriarcalismo (Maqueda, 2006), así pues la mujer en estas familias han sido maltratada por una idea cultural de poder por parte del hombre, además que se debe tener en cuenta que ambas familias son afro descendientes y la cuestión de la hombría es bastante notoria en este tipo de culturas (Balgane, 2013)

Esta pauta ya no se presenta en las familias pues los episodios de violencia cesaron debido a que doña Carmenza se separó años atrás, pero como se mencionaba anteriormente la relación entre ambos se torna hostil a tal punto de ser su ex esposo quien ocasiona la aparición de la sintomatología, y en el caso de don Julián la pauta tuvo una ruptura a causa de la esquizofrenia pues no volvió a ingerir alcohol por el tratamiento y también porque quien dirige ahora el hogar es su esposa. Esto demuestra que las pautas pueden romperse a causa de una situación adversa debido a que la complejidad de la esquizofrenia implico que se asumieran diferentes posiciones que cambiaron la condición de poder entre las personas.

Además esto demuestra que una pauta relacional pueden romperse a causa de una situación adversa debido a que la complejidad de la esquizofrenia implico que se asumieran diferentes posiciones que cambiaron la condición de poder entre las personas.

En conclusión se puede mencionar que la versatilidad, la creación y el mantenimiento de las pautas transaccionales, han permitido que la familia como

¹² *"Probabilidad de imponer la propia voluntad... aun contra toda resistencia"*. Weber (1964:43)

sistema mantenga una posición de equilibrio frente al mundo, pues una condición como la esquizofrenia en un padre o una madre logra generar grandes movi­lidades en la familia y de acuerdo a la manera en que se negocien este tipo de relaciones y el cómo actuar frente a determinadas situaciones llevan a que el sistema familiar logre superar las adversidades, en los casos de estas familias se puede considerar que la incidencia de la esquizofrenia del padre o la madre llevo a una creación de pautas y a la consolidación de otras existentes, como por ejemplo la autoridad en las figuras femeninas, permitiendo continuar con su funcionamiento pues había quien ejerciera las funciones del rol que desempeñaban los progenitores.

Ahora bien, en términos de roles, las familias conforman dinámicas relacionales que cumplen un papel fundamental para la estabilidad de la organización familiar, en ese sentido, los lazos que subyacen entre los miembros del sistema constituyen la base sobre la cual la familia construye los roles que representaran el funcionamiento de su núcleo.

Si bien los roles representan tal función dentro de la familia, es necesario reconocer que estos no se dan de forma natural, sino que son una representación de los constructos sociales, de creencias que culturalmente recrean cualidades, capacidades y características pertenecientes a cada miembro o persona por el solo hecho de tener un sexo identificado, de ahí el hecho de que se entienda la función y las posiciones diferenciales que cada persona cumple en el medio social o al interior de una familia (Martínez y Bonilla 2000).

En este apartado se focaliza en tres aspectos: los hijos, el rol de cuidador (a) y el rol de los progenitores en condición de esquizofrenia, lo anterior como una forma de entender la incidencia de la esquizofrenia en los roles familiares.

Rol de los hijos

Si bien el rol que se espera que cumplan los hijos dentro del núcleo familiar corresponde a la obediencia y el respeto, se debe tener en cuenta que los roles de

un hijo pueden depender del ciclo vital en el que se encuentre, ya que no es lo mismo las exigencias para un niño o un adolescente que para un hijo adulto, y aunque las características de respeto y obediencia deben prevalecer, las exigencias cambian al mismo tiempo que el ciclo vital del hijo, si en la niñez y en la adolescencia lo que se esperaría es que los hijos aprendan los valores de la familia y la forma en la que entenderán y afrontaran el mundo, en su adultez lo que se espera es que en la conformación de sus nuevas familias reproduzcan los valores y enseñanzas proporcionados en la infancia (García y Estremero, 2003)

Para el caso de las familias entrevistadas, tales roles debieron modificarse por las implicaciones que tuvo la pérdida parcial de las figuras parentales por causas de salud, es a las hijas a quienes les correspondió hacerse cargo de los padres por la idea de agradecimiento hacia quienes fueron los responsables de su crianza pero más que eso por el vínculo afectivo, dicho de otro modo, *“Las afecciones que implican un deterioro cognoscitivo quizá sean las más difíciles... los hijos mayores pueden necesitar ir asumiendo gradualmente ciertas responsabilidades para hacer menos brusca la transición hacia la vida sin uno de sus padres”* (Rolland 2000:287), se evidenció entonces hijas parentalizadas, es decir, aquellas a quienes se les ha otorgado o han asumido una posición elevada en la toma de decisiones familiares, son ellas como hijas las que ocupan el rol de madres de sus propias progenitoras (Díaz,2013) en consecuencia con lo anterior, debieron cumplir la función de cuidadoras de estos, incluyendo en ese cuidado el aspecto económico, es decir que también se desempeñan como proveedoras económicas.

Rol del cuidador

Para el análisis del rol del cuidador(a) especificados en las tres familias de la investigación, se logra evidenciar que estas funciones son desempeñadas por mujeres (hijas, hermanas o esposas) a quienes les ha correspondido ajustarse a las nuevas exigencias de la familia cuando algo llama al cambio, en este caso una

condición de esquizofrenia en uno de sus miembros, funciones que realizan por tener vínculos afectivos y/o familiares con la persona cuidada.

Así pues, en el contexto Colombiano es frecuente encontrar tal rol posicionado en figuras femeninas, que socialmente se han creado y recreado tareas específicas que hablan de aquello que le corresponde al hombre y a la mujer en dos polos opuestos de acción que al mismo tiempo dicen mucho de lo que es femenino y masculino, se trata de una trayectoria de significados marcados por la división del trabajo que marca la historia de las relaciones, así, para la mujer se asigna el rol doméstico y la vida dedicada a los otros (González y Martínez, 2004).

Dicho de otro modo, el rol de cuidadora se sitúa en la mujer correspondiendo a exigencias creadas socialmente en las que las funciones son diferenciadas tanto para el hombre como para la mujer, siendo esta última direccionada hacia la dedicación, protección, bienestar y cuidado precisamente por las características de fragilidad, delicadeza y constancia que socialmente se han asociado con ellas, por tanto el compromiso de las mujeres para cuidar es socialmente válido y esperado precisamente porque se naturaliza que las mujeres son las primeras responsables del cuidado no solo de sus propios padres, sino también del de sus maridos (Rolland, 2000), en este sentido se evidencia que las familias participantes continúan determinando roles de acuerdo a la expectativa social de un género específico.

Sin embargo en la actualidad, los cambios sociales han llamado a la figura femenina a hacer parte de la dinámica del campo laboral, si bien el cuidado de una persona con discapacidad cognitiva implica mayor tiempo posible en el desempeño de los cuidados, pues quien cumple con este rol en ocasiones se ve obligado a dejar de lado el campo laboral para dedicarse a la persona que demanda atenciones, como lo manifiesta Gina:

“Me tocó salirme de trabajar para estar más pendiente de ella” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

Solo en una de las tres familias participes, las cuidadoras después de la esquizofrenia siguieron cumpliendo con sus actividades laborales por el hecho de ser las únicas proveedoras económicas de la familia, lo que lleva a que las labores de cuidado sean asignadas a una persona externa a la familia que continúa siendo una figura femenina.

Retomando apartes de lo expuesto se puede decir que en estas tres familias la cuidadora no es solo quien permanece con la persona que lo demanda, dedicando su tiempo a cumplir con las necesidades del otro, y en algunas ocasiones también contribuye económicamente siendo esta una forma de cuidado, pues el apoyo económico se pone al servicio del cuidado del otro, de esta forma se puede considerar que el cuidado no implica un acto presencial (Micolta, Escobar y Maldonado, 2013).

Lo anterior deja por sentado que aunque en la sociedad occidental gran parte de mujeres ingrese al campo del mercado laboral (lo que le implica participar de una vida productiva) su función al cuidado de los otros reproducida, naturalizada e interiorizada socialmente, no ha evidenciado algún cambio (Rolland 2000), de ahí la idea de que el rol de cuidadora se complejice por el acumulado de cargas a las que se enfrenta la mujer, quien no solo debe responder en el campo laboral sino que además debe responder a las exigencias que requieren los cuidados de la persona a la que cuida. Aquí no se trata de desconocer que alguna proporción de hombres realizan o se ven obligados a cumplir esta labor asignada a la mujer, lo que se intenta decir es que la sociedad actual ha interiorizado y puesto en marcha las funciones femeninas, sin embargo cabe aclarar que en las familias participantes de la investigación no se evidencio las labores de cuidado por parte de la figura masculina.

En la familia Cárdenas y Carabalí las cuidadoras se vieron obligadas a dejar sus labores para dedicarle tiempo completo a los cuidados de sus familiares, como lo refiere Jeimy y Gina:

“Mi mamá siempre con él ahí pendiente... hasta dejo de trabajar para dedicarse a él” Jeimy...“siempre todo yo incluso me tocó salirme de trabajar” (Gina, comunicación personal, 01 de octubre de 2015)

Es decir que en estas familias, el significado social que se le asigna a las funciones de la mujer hace que ellas como cuidadoras desplacen o sustituyan sus necesidades por las del miembro que lo necesita (Micolta, Escobar y Maldonado 2013) se evidencia entonces como en la reasignación de roles con la aparición de la esquizofrenia se ve afectado los proyectos individuales.

Lo anterior denota un aspecto de vital importancia en la relación cuidado-enfermedad, y es el hecho de que el cuidador también requiere cuidado por el solo hecho de que se dedica a cuidar la salud del paciente y olvida la propia, se reacomoda a las nuevas condiciones dejando de lado sus tareas alternativas o proyectos de vida, y las cargas a las que se enfrenta hace que haya un deterioro en su integridad emocional, por lo tanto se hace importante que la persona que se encarga de estas tareas sea tomada en cuenta para una atención especial, pues como plantea Barrera (2000) *“muchos cuidadores, sin darse cuenta, se exigen más de sus posibilidades y terminan olvidándose de ellos, llegando a perjudicarse a sí mismos y a las personas que cuidan; por tanto se debe cuidar al cuidador”* así pues la necesidad se hace inminente.

La tarea de cuidar en el caso de las mujeres y en el ámbito de la salud se convierte en algo frecuente, precisamente por la responsabilidad que implica hacerlo y más allá por las tareas específicas que se necesitan realizar (participar en adherencia a tratamientos a través de suministro de medicamentos, el traslado a las instituciones de apoyo en la salud mental, modificar estilos de vida para alcanzar los saludables), es decir se enfrentan con facilidad a entregar su vida a la disposición del otro lo cual puede deteriorar su calidad de vida, aun y cuando no se hable de una dependencia total se necesita la disposición para estar ahí en los momentos de crisis y su tarea como cuidador estará direccionada a mantener la buena salud de la persona a quien se cuida (Achury, Castaño, Gómez y Guevara

2001), es necesario entonces pensarse una intervención profesional inclusiva que no solo tome en cuenta a la persona con la condición de esquizofrenia sino además a su cuidador y a su familia en general.

Rol de los padres en condición de esquizofrenia

Ahora bien, para el caso de los roles que se han interiorizado al interior de las familias, estos responden aun cumulo de interpretaciones sociales que se han recreado al interior de las funciones propias de un padre y de una madre, generalmente se ha construido un ideal que enmarca una historia de divisiones con respecto al sexo y género, por su parte, de la figura paterna se espera que sea el proveedor económico, socializador de la familia, el responsable de incorporar a los hijos en la sociedad, se espera que sea la autoridad del hogar, quien haga cumplir la disciplina, que sea quien tiene el poder y de la madre que sea la reproductora, administradora de los recursos para el sostenimiento de las necesidades de la familia, quien es la encargada de todo lo relacionado con las labores domésticas y la socialización de los hijos (Martínez y González, 2004).

Así, en las tres familias se evidenció una connotación del rol parental muy ligada a estas construcciones sociales que designan tareas específicas para cada uno:

“El papá tiene un rol de proveer, llevar la comida a la casa y proteger a sus hijos. La mamá estar al cuidado de sus hijos y estar ahí cuando ellos más la necesiten, todas esas cosas básicamente” Jeimy...“Para mí la función de una madre es estar pendiente de sus hijos, de la comida de su esposo, de la comida de su esposo, de las lavadas, de las planchadas, todo eso” Viví...“En mi opinión una mama debe Cuidar proteger no sobreproteger, proteger a los hijos y darles el consejo que ellos necesitan estar pendiente de ellos, de sus cosas, de sus amistades, del colegio, pendiente de todo... el papá es como el que siempre tiene la vocería en la casa” (Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)

En estos apartados se hace evidente que las consideraciones frente a los roles parentales se hacen a partir de una construcción social que ha permanecido a través del tiempo, así como lo sustenta Martínez y González (2004) la construcción del rol no es solo una acción individual, dado que cada sujeto está inmerso en un complejo contexto histórico social, que incide en la creación de su realidad social.

Ahora bien, teniendo en cuenta que para esta investigación son las figuras parentales las que poseen la condición de esquizofrenia, cabe preguntarse ¿Qué pasa cuando las expectativas puestas en los roles del padre o de la madre no se cumplen?, cada familia construye las expectativas frente al rol paterno y materno, como se mencionó en los fragmentos anteriores en las familias entrevistadas el hecho de que el padre o madre no cumplieran con lo esperado genera distanciamiento, conflicto, tensiones, sentimientos de malestar, entre otros, presentando un desafío adicional en los procesos adaptativos, sin embargo, las familias encuentran formas de sobrellevar las particularidades que la esquizofrenia presenta en los progenitores.

Estos sentimientos y formas de relacionarse se pueden vincular con la pérdida ambigua, en la que la persona está físicamente pero representa una ausencia cognoscitiva o psicológica, es decir, cuando un miembro de la familia se ausenta de manera física o psicológica la pérdida es ambigua, de ahí el hecho de que aparezca una incertidumbre a la hora de establecer una nueva forma de relacionarse con este miembro (García y Suarez 2007).

Lo ambiguo no solo se ve en lo emocional, la ausencia y permanencia también se evidencia en el cumplimiento de algunas funciones que socialmente se establecen a los progenitores, así lo menciona Gina:

“Ella (Carmenza) sabe cocinar, ella hace el aseo, ahora que nació mi sobrino ella está muy pendiente de él” (Gina, comunicación personal, 01 de octubre de 2015)

Es decir que la enfermedad limita algunos aspectos del rol parental, pero hay algunos que permanecen, esto también se relaciona con la gravedad de la sintomatología que presenta cada progenitor y el manejo que se hace por parte de la familia de la enfermedad.

En contraposición a las otras dos familias en las que los padres no cumplían una función específica más que la de depender de sus hijos, esposa o hermanas, puede que estos padres por las características específicas de la esquizofrenia no sean conscientes del incumplimiento de sus roles como padres.

Desde el ámbito de los roles, la familia se ve influenciada de manera directa por la esquizofrenia, ya que la aparición de ésta en uno de los miembros de la familia genera alteración en la estructura familiar, lo que al mismo tiempo implica reorganizarse y es ahí donde los roles que se venían desempeñando en la familia se ven afectados a tal punto que implica una reasignación de los mismos para que familia mantenga su homeóstasis, lo que tiene una implicación en la vida personal de sus miembros teniendo en cuenta que los roles que se asumen conlleva a dejar de lado los proyectos individuales de los miembros de la familia.

5.3. Límites

Hablar de límites implica tener en cuenta los subsistemas en la familia, el conyugal, parental y el fraternal, es por ello que es relevante analizar dichas circunstancias en las tres familias estudiadas en esta investigación, y con ello comprender como estos límites se evidencian en la familia cuando existe una persona con la condición de esquizofrenia.

Estos límites se evidenciaron en la mayoría de las familias entre moderados y difusos; en las familias estos se manifiestan para mantener el equilibrio que necesitan en determinadas circunstancias ya que son creados, recreados y modificados por cada uno de los miembros de la familia cuando se observa necesario, sin embargo estas modificaciones algunas veces se llevan a cabo de carácter inconsciente pues las familias se pueden ir modificando a partir de

hechos fuertes que movilizan las relaciones entre los miembros, así mismo no solo se tiene en cuenta el nivel individual sino que se relaciona este cambio de límites con los subsistemas familiares.

Cuando los límites son moderados o difusos con el entorno, se reconoce la importancia que le atribuyen a la orientación o información que viene desde afuera puede ser que estas ayudas les permiten a las familias comprender situaciones que en ocasiones sienten que se les salen de las manos, además según lo expresado por las familias, estas orientaciones los llevan a no sentirse solos con la problemática puesto que muchas veces no saben cómo actuar, estas ayudas les permiten sentirse refugiados en los otros e intentar todas las recomendaciones que les transmiten para sobrellevar la esquizofrenia en un padre o una madre, además para las familias es importante que los vecinos tengan pleno conocimiento sobre lo que está sucediendo para que no ocurran problemas relevantes que obstaculicen las relaciones externas y de convivencia, como lo referencia Viví:

“Es bueno que la gente sepa que es una persona enferma, en caso que ella se meta con ellos” (Viví, comunicación personal, 25 de Septiembre de 2015)

Teniendo en cuenta lo anterior cabe mencionar que los límites en las familias frente al ambiente externo permiten un flujo adecuado de información donde esta interacción genera procesos de ajuste para enfrentar los cambios al interior y al exterior de las familias, un ejemplo de tal intercambio flexible representa la situación económica, pues las tres familias entrevistadas viven en estrato 1 y 2, teniendo como uno de sus problemas mayoritarios la obtención de recursos financieros para sobrellevar la esquizofrenia, ya que esta demanda muchas particularidades, como el servicio de ambulancias, el internamiento, los medicamentos, los controles, entre otros, que llevan a tomar decisiones en torno al cuidado de la persona como a sus propias vidas, dejando entrar ayudas económicas por parte de personas externas a las familias, y apoyos emocionales y de cuidado, demostrando así que las familias reciben las ayudas económicas de agentes externos pues tienen una claridad hasta donde el apoyo externo puede

llegar y los reconocen como una parte importante para solventar sus necesidades, existiendo un flujo de entrada y salida de información que les ayuda a mantenerse en contacto con el mundo externo y a su vez resolver sus necesidades como familia.

En el mismo sentido las familias frente a las redes de apoyo institucionales mantiene unos límites moderados, puesto que se evidencia una relación a conveniencia con estas, pues en ella se refugian esperando que se favorezca la situación en la que se encuentran en este momento, es decir, el entablar relaciones con la institución psiquiátrica es fomentada por medio de la necesidad y el no tener muchas opciones cuando se trata de un trastorno psiquiátrico, pues de igual manera las relaciones con ésta se dan de manera intermitente, siendo la crisis de la esquizofrenia aquella que permite que las familias comiencen de nuevo un acercamiento con la red institucional, pero cuando este proceso se acaba vuelve a presentarse el distanciamiento entre las partes.

Sin embargo la relación intermitente no se presenta en la familia Carabalí dado que han logrado una vinculación más cercana con la institución permitiendo una mayor comprensión de su realidad para asumir la esquizofrenia y así mantener las crisis con otro tipo de atención, por ende el establecer relaciones con la institución da paso a una adaptación ante la crisis y a sobrellevar las cargas que trae consigo la esquizofrenia. No obstante, cabe aclarar que en las tres familias a pesar de que su manera de relacionarse con la institución es diferente, existen unos límites moderados pues las familias establecen cuando participa y de qué manera lo hace un agente externo cumpliendo con ello la función de velar por mantener el sistema familiar.

Para establecer los límites se requiere de los canales de comunicación, pues son estos quienes permiten darle forma a las relaciones a través de reglas y así establecer la manera en que participan los otros tanto en lo individual como entre los subsistemas, dicha comunicación en las familias puede incidir en la expresión de sentimientos de bienestar o de malestar, como sucede en la familia Cárdenas

pues antes de la esquizofrenia mantenían unos límites rígidos y las opiniones estaban enfrascadas en obedecer, dado que es solo una persona quien tiene la autoridad.

En cambio en las otras dos familias se evidencia un punto de encuentro estableciendo un flujo de comunicación más permisivo, sin embargo al momento de expresar algunos sentimientos se ven restringidos por las posiciones que ocupan en el hogar, es decir, el rol que se auto asignaron o que fue asignado por las necesidades que fueron aflorando en la familia dada la situación de convivir con una persona con esquizofrenia, en la medida en que esta comunicación no se refleja clara y concisa se observan agendas ocultas entendiéndolas como lo expresa Zastrow (2008:119) *“aquel objetivo personal de un miembro que los demás no conocen lo que interfiere en los esfuerzos del grupo”*, manifestándose en los subsistemas conyugal, parental y fraternal, dichas agendas pueden ser sentimientos de culpabilidad, de rechazo, de señalamiento, de diferencias entre familiares y de inconformidad con las acciones del otro, emociones que muy pocas veces son conversadas o expresadas porque los miembros de las familias viven en el ahora, en el presente, buscando siempre la manera de solventar los problemas que se van presentando, puesto que los hijos han tenido que asumir las funciones de los padres.

Así mismo se puede evidenciar que los límites de las familias entre los subsistemas son moderados, en tanto que la comunicación y los acuerdos que se han establecido luego de encontrarse la esquizofrenia en alguna de las figuras parentales, ha permitido que se mantengan como sistema familiar, existiendo una claridad entre quienes y de qué manera participan, pero sobre todo donde se evidencian relaciones de cercanía pero que han mantenido un límite preciso que no permite una interrupción en los proyectos individuales y las necesidades de cada uno de los integrantes, pues a pesar de que se ha presentado que los padres no logren cumplir las funciones que antes ejercían y ahora las ejercen los hijos como la autoridad y el sustento económico, existe una clara delimitación de quien

es la figura parental y existe un respeto ante tal posición, no obstante, los padres lograron dar paso a este cambio y aceptaron la posición que han adquirido y la legitiman, así como expresa Viví:

“Mi mamá me dice me quiero ir a la 14 de Calima a pie y me quiero venir en bus, me das lo de la venida... yo le digo bueno” (Viví, comunicación personal, 25 de Septiembre de 2015)

En este sentido se puede entrever que no necesariamente los límites entre los subsistemas parental-fraternal deban corresponder a las delimitaciones socialmente establecidas, pues su manera de determinarlos depende de las realidades que tienen cada una de las familias, pues como dice Minuchin (1997:90) “en el subsistema parental que incluye a un hijo parental puede funcionar perfectamente bien, siempre que las líneas de responsabilidad y de autoridad se encuentren definidas con nitidez” así se puede comprender que el límite es claro siempre y cuando allá una definición nítida de quien y de qué manera se participa en el sistema familiar, teniendo siempre en cuenta la no afectación de la autonomía del otro.

Es importante resaltar también que las familias por la etapa del ciclo vital en la que se encuentran - hijos en etapa adulta- ya no se encuentra cumpliendo con la función de crianza de los hijos, sino que se encuentran en el estadio de que el subsistema fraterno se separe del hogar de origen y cumplan otros compromisos fuera de la familia (Fischman y Minuchin, 1984), por lo tanto se dejan de lado las funciones esenciales como la autoridad, el cuidado y manutención de los hijos, pasando a tener los padres una posición más pasiva frente a la vida de sus hijos pues se reconocen su autonomía e independencia.

Sin embargo a pesar de que se encuentran en esta etapa del ciclo vital, no se realiza esta separación por la misma condición de esquizofrenia de los padres situación que ha sido acordada de manera implícita entre los integrantes de la familia para mantener el equilibrio, por lo tanto son los hijos quienes asumen la

figura de autoridad dejando entrever con ello unos límites moderados donde existe una claridad para relacionarse entre los subsistemas, comprendiendo así, que la familia se moviliza para generar nuevas reglas y formas de interactuar que les permiten dada la circunstancia el funcionamiento de la misma.

Por otra parte se evidenciaron en las tres familias alianzas positivas como lo refiere Sánchez (2004) aquellas donde dos o más personas se unen con el fin de alcanzar un objetivo, en estas familias se observó este tipo de alianza pues para sobrellevar todas las implicaciones que trae consigo tener una persona con esquizofrenia como lo es aspectos económicos, sociales, tiempo, reajuste emocional entre otras, genera que los integrantes de las familias se unan para apoyar las necesidades que surgieron en la familia a partir de la condición de esquizofrenia para compartir obligaciones y funciones que los progenitores dejaron de cumplir, aquí se encuentra como los subsistemas fraternales se unen en pro de este fin para designar tareas y funciones diferentes a las esperadas.

Según los límites que se encuentran en las familias participantes se establece que su tipología es de familias funcionales quien refiere Sánchez (2004) como las familias que se encuentran conectadas y separadas con límites claros que permiten a los miembros tener un sentido de pertenencia y autonomía, mostrando así que la connotación de tener una persona con esquizofrenia hace que las familias vean la necesidad de permitir dejar entrar la información que les sea útil para el manejo y la contención de dicha persona, esperando con ello mejorar la red de solidaridad alrededor de la familia, puede ser que los vecinos, las instituciones, los amigos, la familias extensas les den seguridad y confianza para afrontar sus situaciones de vida.

Finalmente las familias han realizado su proceso de diferenciar, delimitar y distinguir los límites a partir del proceso de comunicación y de los roles y funciones que han establecido para cumplir la demanda que trae consigo una persona con esquizofrenia y más cuando esta persona ha cumplido un rol fundamental en la familia como lo es ser un padre o una madre, estas funciones

han representado en la familia la toma de decisiones en cuanto a los tiempos, los espacios y los intereses tanto individuales como grupales, permitiendo con ello influenciar o no en las disposiciones que se toman para adaptarse a los cambios que han ido ocurriendo, es importante aclarar que estas delimitaciones se evidencian en manera amplia entre los subsistemas pues antes de la esquizofrenia las relaciones eran basadas en unos roles y tareas determinadas girando alrededor del subsistema parental pues como expresaron las familias, las figuras paternas eran quienes tenían la “batuta”¹³ en el hogar, en cambio actualmente gira en torno al subsistema fraternal, siendo estos los encargados de establecer los límites a través de la relación que han entablado con sus padres y con el resto de los subsistemas.

5.4. Adaptación

La existencia de la esquizofrenia en un miembro como lo es la figura materna o paterna implica una movilización, un cambio así como lo manifiesta Navarro (2004:85) *“la enfermedad de cualquiera de los padres supone una mayor tasa de cambio, en la medida en que, además del cuidado, impone la necesidad de que alguien se ocupe de ganar el dinero, arreglar la casa, preparar comidas, imponer autoridad, prodigar cuidados”*.

Con esta premisa podemos comprender que las familias se movilizaron en torno a la aparición de esquizofrenia comenzando un proceso de adaptación que implica ensayos y errores mientras se busca el equilibrio, pues lo que antes era desconocido se convierte en una realidad diaria, así pues se puede identificar que dentro de estas tres familias la adaptación comenzó desde el momento que asimilan la esquizofrenia como una situación relacionada con la brujería o los nervios, siendo este un mecanismo de afrontamiento, quitando la responsabilidad de los síntomas de la esquizofrenia puesto que la adquiere por algo externo y no controlado por la familia.

¹³ Expresión utilizada por Liliana una de las hijas entrevistadas.

En este sentido se torna como una manera de adaptarse ante esta situación que les permite tener tranquilidad ante lo que pueda ocurrir, pues a su vez el poner esto en manos de “Dios” y no en las de ellos hace una proyección para no sentir la responsabilidad de la enfermedad sino que ya es Dios quien tiene todo en el poder para cambiar su situación, disminuyendo así la angustia y el estrés, así como plantea Pargament y Koenig (1997 citado por Yoffe 2006) las creencias y comportamientos religiosos se dan para prevenir y/o aliviar las consecuencias de sucesos estresantes, tanto para facilitar la resolución de problemas, afirmando con esto que las familias han optado por este mecanismo para hacerle frente a la situación, permitiendo así vivir con el menor estrés posible.

En esta misma línea de creencias que favorecieron el proceso de adaptación, se encuentran también las relacionadas con el cambio de roles pues las familias debieron de flexibilizar sus interacciones, pues el padre o la madre ya no cumplían con lo que se esperaba de ellos, fuera el ejercicio de la autoridad, el cuidado, proveedor económico o la protección puesto que su sintomatología los había alejado de estas funciones previamente establecidas y con las cuales las familias esperaban que actuaran.

Por consiguiente la aparición de la esquizofrenia en la familia generó un desajuste que debió vivenciarse con un momento de crisis, de no saber qué hacer y cómo actuar si la persona ya no estaba cumpliendo con lo que se esperaba de ella, así pues en un proceso de negociación entre las partes de la familia, se logró que los roles fueran asumidos por otras personas para sustituir las funciones que antes ellos ejercían.

De acuerdo a lo hallado en las familias se puede mencionar que este proceso de negociación de roles no fue generador de conflictos mayores entre los miembros dado que se presenta una flexibilidad al interior de estas familias por la necesidad de solventar de la mejor manera la situación de esquizofrenia, por lo cual la movilidad entre funciones en la familia no tuvo un choque tan prominente, puesto que también los límites en estas familias se evidencian difusos entre los

subsistemas, por lo tanto si alguno ocupa una posición diferente es permitida y favorecer el mantenimiento de la familia como unidad social.

También frente a estos roles se pudo encontrar que las hijas han asumido el papel de cuidadoras incluso desde temprana edad, motivo que demuestra una flexibilización en los roles pues el cuidado de un miembro de la familia en especial de una figura parental implica una responsabilidad mayor que lleva a comprometer individualidades puesto que no se encuentra ejerciendo el rol como hija, que sería el apoyo de los padres en su vida, la protección que podrían brindarle y el ejercer un proyecto de vida, dificultando un desarrollo individual al tener que atravesar cargas emocionales, cognitivas y sociales no acordes con las etapas de su desarrollo.

No obstante, esta carga en las hijas ha sido asumida con satisfacción, pues se encuentra ligada plenamente a las creencias religiosas:

“Dios todo lo ve” (Viví, comunicación personal, 25 de Septiembre de 2015)

Y a las leyes socialmente esperadas frente al cuidado que operan la vida:

*“Si yo la dejo afuera, el día de mañana mis hijos lo van a hacer conmigo”
(Gina, comunicación personal, 01 de Octubre de 2015)*

Tales concepciones permiten que estas mujeres asuman con normalidad el cuidado de su familiar, puesto que esto obedece a una creencia de fondo que permite que las hijas asuman el cuidado de su familiar sin colocar resistencia pues es lo que moral y socialmente se espera.

Igualmente las familias participantes mencionaban que se sentían familias perfectas sin embargo al expresarse más abiertamente relacionaban todos los problemas y dificultades que sobrellevaban a diario, pero se podría preguntar qué significado tenía para ellos la palabra perfección, refiriendo que es el estado de unión familiar donde no existen problemas, es este significado el que deja entrever la idealización de la familia, el estado en cual desean estar las tres familias

referenciadas en esta investigación, creyendo siempre que sus familias se encuentran en el a pesar de las situaciones que viven a diario y de las movilizaciones que trae consigo una condición de esquizofrenia, el Psicólogo Estalayo (2014) referencia esta idealización como el proceso que tiene como finalidad el no querer tener conocimiento frente a las falencias del otro de o de uno mismo, para no tener que enfrentar todo lo que trae consigo el reconocimiento de las mismas.

Es decir que se podría vincular con el mecanismo de defensa de la negación¹⁴, es decir, este autor nos deja ver otra interpretación de estos límites observados en la idealización de la familia, pues se evidencia que pueden estar enmascarando sus problemas que son evidentes frente al mundo, para no ser catalogados o juzgados por la sociedad, dado la connotación que tiene una persona con una enfermedad mental.

Por otra parte, las familias han logrado realizar este proceso de adaptación gracias a que han contado con estrategias de comportamiento, tales como el uso de métodos conductuales, como lo plantea Navarro (2004) mediante los cuales la persona busca cambiar aspectos de la enfermedad haciendo actividades como ejercicio, relajación, acciones diferentes que les permite hacerle frente a la enfermedad, es en este sentido la adaptación no solo trata desde las personas que conviven con la esquizofrenia, sino también de quien la tiene, puesto que se vuelve incluso una cuestión difícil de comprender y de asimilar para la persona pues saber que se realizaban ciertas actividades y que los otros dicen que ya no se pueden hacer, entra a encontrarse en contraposición con lo deseos individuales, pero esto depende como lo plantea Rodríguez, Pastor y López (1993) de las respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento que considera estresante, siendo estos aquellos recursos de afrontamiento que

¹⁴ Negación: mecanismo de defensa que se utiliza para tratar aspectos de la realidad que son evidentes como si no existieran.

incluye conductas o estrategias para hacerles frente a las situaciones, estos recursos pueden ser físicos, psicológicos, sociales, estructurales y culturales.

Por ende se evidenció en las familias participantes que la persona con esquizofrenia encontró recursos de afrontamiento frente a aquella situación que representaba estrés haciendo más fácil la manera de convivir con la esquizofrenia, realizando actividades alternas tales como el ejercicio, caminatas largas o apoyar en los quehaceres del hogar, cumpliendo de esta manera un rol diferente en la estructura familiar, pero que hace que la persona se adapte a su nueva condición.

Haciendo a su vez más llevadera la situación para la familia, en efecto el hecho de que se presente un proceso de adaptación desde ambas partes – familia e individuo – permite dar cuenta de que las familias han encontrado un punto de equilibrio, debido a las estrategias con las que han contado y que han aceptado la esquizofrenia como parte de sus vidas, por lo tanto ya saben de qué manera actuar en sus roles y en la vida cotidiana, esto no quiere decir que la familia no tenga estresores externos que impidan que la convivencia se vea afectada, sino que la tensión de la esquizofrenia no es la que ya la única que rodea la dinámica familiar, pues cada a uno ha constituido su vida y se encuentran estables en la familia.

Aunque en este aspecto es importante resaltar que si bien la familia puede adaptarse a las nuevas circunstancias que trae consigo la esquizofrenia, en ella se sigue encontrando aspectos personales que juegan como estresores en tanto que pueden darse insatisfacciones frente a la manera de vivir y en algunas ocasiones dejar de lado proyectos de vida individuales para dedicarse al cuidado, por tanto el reconocer esta individualidad en el proceso de adaptación también da pie para comprender que estas situaciones implícitas pueden ser elementos que recarguen a los sujetos y puedan convertirse en estresores que sobrepasen las capacidades de la familia y desarrollen una crisis, por lo tanto para sobrellevar dicha situación los miembros de la familia deben buscar recursos de la comunidad o de la misma familia para responder a las diversas demandas de la esquizofrenia y con ello

solventar o manejar por medio de consejos, los sentimientos y preocupaciones individuales que generan estrés y conflictos, lo que Hernández (1997) llama apoyo social, referenciándolo como la manera de brindar apoyo y quien lo da, encontrando el apoyo emocional expresado como una comunicación de carácter afectuosa, el apoyo informativo que se manifiesta por medio de las sugerencias, y apreciaciones sobre el problema y posibles soluciones y el apoyo institucional que se refleja en términos materiales.

De otro modo en este proceso de adaptación las familias se ha visto la necesidad de incluir a las instituciones prestadoras de servicios de salud en esta fase, dado que con este tipo de situación han debido acudir a sus atenciones ya sea en un momento de crisis o cuando la persona se encuentra estable y se debe dar continuidad a los tratamientos, por ende las familias han logrado disminuir las tensiones que provocaba la enfermedad, solo con el reconocer que una institución podría atenderlos cuando lo requieran.

De esta forma es que la institución permite que las familias desarrollen un proceso de adaptación, en tanto que logran disminuir las cargas de la esquizofrenia en su momento de mayor furor, las crisis, que generan grandes desbordes emocionales y cognitivos, siendo de esta manera la institución encargada de estabilizar a la persona por medio de la hospitalización, para que mientras tanto la familia desde su particularidad logre por un corto tiempo crear estrategias para afrontar la crisis, atender las situaciones que se presentaron en medio de esta, y plantear acciones o posibles movilizaciones que se deban realizar para lograr el curso cotidiano de sus vidas.

Con todo lo dicho anteriormente se evidencia que las familias han logrado adaptarse a la condición de esquizofrenia de uno de sus padres, ya que han podido lograr el equilibrio como sistema familiar, dado que han encontrado los suficientes recursos como familia para lograr hacerle frente a la esquizofrenia, utilizando diversas estrategias para disminuir las cargas tanto emocionales, sociales y relacionales, sin embargo esto no quiere decir que las tensiones del

diario vivir desaparezcan, dado que las familias no son estáticas y viven con cierta movilizaciones en su interior.

Sin embargo en lo que respecta a la esquizofrenia en los padres ya se ha organizado cada uno de los miembros en torno a esto y hay un establecimiento claro del desarrollo de la dinámica familiar, de las expectativas, funciones y sobre todo han encontrado los recursos para mantenerse el equilibrio como sistema, esto se sustenta en lo que plantea Hernández (1997:67) *“en una situación de crisis, los recursos, la amplitud y solidez del apoyo social, la evaluación positiva de la situación por parte de la familia, el sentido de coherencia familiar y el amplio repertorio de estrategias de afrontamiento, se relacionan positivamente con un nivel de adaptación”*.

Cabe aclarar que este estado de homeostasis puede ser alterado por una nueva crisis de la esquizofrenia que varié en su manera de manifestarse ya que se puede lograr un desajuste y quizás se vean en la necesidad de realizar otro tipo de movimiento que implique un posible cambio estructural, por ejemplo que la madre o el padre tenga alucinaciones con algún miembro de la familia y afecten la manera de relacionarse de ambos, llevando a que se tenga que tomar la determinación de que se vaya del hogar la persona o teniendo que buscar un lugar de residencia diferente para el padre o la madre.

También algunas situaciones pueden generar cambios en la familia tales como las relacionadas con el ciclo vital que según Hernández (1997) pueden ser estresores normativos pues son cambios esperados por el desarrollo ya sea individual o familiar a lo largo del ciclo vital, siendo posible que un miembro de la familia no se encuentre o pase a una etapa evolutiva diferente, llevando a que tal situación sobre pase las capacidades de la familia realizando modificaciones estructurales en el sistema.

CONCLUSIONES

- La familia como núcleo fundamental de la sociedad se enfrenta un sin número de influencias externas e internas que generan en ellas transformaciones que las movilizan, la llegada de una situación de esquizofrenia en uno de sus miembros supone hacerle frente a incertidumbres, estrés, cambios, y es desde ahí que su sistema normativo, sus creencias y las pautas genéricas o idiosincráticas funcionaran en pro al mantenimiento del sistema familiar
- Un claro mantenimiento de límites llevará a que la familia funciones de manera adecuada siguiendo su dinámica, sin embargo, cuando los límites se establecen difusos se hace compleja el enfrentamiento a una condición que requiere claridad en la familia para buscar una adaptación.
- La aparición de la esquizofrenia muestra las capacidades de la familia a adaptarse a situaciones tensionantes que implican movilidad en el sistema familiar, desde ahí puede evaluar los recursos con los que cuenta la familia para hacerle frente a situaciones adversas.
- En la familia se alcanza un equilibrio cuando existe una clara distribución de funciones que eliminen la carga en uno de los miembros a quien se le ha designado toda la responsabilidad de la familia en momentos de crisis, cuando tal distribución no existe aparece la sobrecarga y los daños individuales en quien recae la obligación, en este caso el cuidador.
- La aparición de la esquizofrenia en la familia genera una alteración en la estructura de la familia, ya que afecta los roles que son la base de las relaciones, tal afectación implica una reasignación de los mismos para que la estructura familiar se permanezca.
- Las pautas transaccionales permitieron que la familia lograra un punto de equilibrio como sistema, dado que estas buscaron la manera de mantener las relaciones y los vínculos existentes entre los miembros a través de las relaciones que se encontraban, generando que lo conocido fuera un

peldaño de sostenimiento ante el cambio vivido por la esquizofrenia en las figuras parentales, además que la manera de relacionarse con esta situación también creo nuevas pautas para mantener una interacción diferente entre sus miembros.

- De acuerdo al proceso investigado se puede mencionar que la incidencia de la esquizofrenia del padre o la madre en la estructura familiar, se hizo evidente ya que permeo las interacciones cotidianas, la vida de cada uno de los miembros, y la unidad familiar en general, pues en todas las familias se dieron cambios en roles, límites y nuevas pautas de interacción, para lograr un proceso de adaptación frente a la esquizofrenia como condición crónica que tiende a inmiscuir a toda la familia en la situación que genera crisis, de ahí el hecho que desde Trabajo Social se piense la manera de intervenir con familias que se ven influenciadas por situaciones de esquizofrenia en uno de las figuras parentales

RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Teniendo en cuenta el proceso de investigación desarrollado, enfocado en la incidencia de la esquizofrenia del padre o de la madre en la estructura familiar se pretende a partir de los hallazgos plantear recomendaciones a tener en cuenta en el proceso intervención con este tipo de familias, dado que la condición particular que poseen hacen pertinente que desde el área de Trabajo Social en Salud Mental se dirijan acciones a las familias de estos padres o madres pues como lo muestra la Ley 1616 de 2013 la atención en Salud Mental debe ser brindada de manera integral para garantizar la promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigiendo las acciones a las personas con trastorno, sus familias y la comunidad en general.

En Colombia el marco normativo para Salud Mental comienza a regirse a partir de 2013, el desarrollo de este marco permite conocer el campo en el cual el Trabajo Social debe llevar a cabo su proceso de intervención, ahora bien, en términos de la investigación se mostró con las entrevistas, que 2 de las 3 familias entrevistadas no han contado con un proceso de intervención por parte de Trabajo Social a pesar de que las hospitalizaciones o internamientos de sus familiares se dieron durante este año, claramente esto demuestra que aunque la Ley este desde el 2013 y depare un proceso de atención a las familias obligatorio algunas entidades no han acogido tal determinación.

Por consiguiente, teniendo en consideración la no atención desde Trabajo Social a las familias que se entrevistaron y de otras familias que se contactaron de manera informal¹⁵, partimos de la necesidad de plantear las siguientes pautas que demuestran un proceso no solo médico-clínico sino de atención especializada psicosocial para estas personas donde se logre un proceso integral que no solo

¹⁵ Familias que no se tuvieron en cuenta porque no cumplían con los requisitos para la investigación

beneficie a la madre o al padre con esquizofrenia sino a su red de apoyo más inmediato, la familia, puesto que este proceso es complejo, tedioso e incierto.

Así, desde el acercamiento obtenido con estas familias, se hace necesario plantear una vinculación al tratamiento específicamente desde Trabajo Social, que incluya una intervención particular para cada familia en la que prime su particularidad y su especificidad, sin embargo, es recomendable que se tomen en cuenta los siguientes aspectos a la hora de intervenir en el campo de la esquizofrenia y familia:

Orientación familiar:

Desde nuestro planteamiento proponemos que la acción orientadora a las familias especialmente cuando existe un miembro con esquizofrenia debe buscar la manera en que la totalidad de los integrantes participe o al menos los que se encuentran en convivencia con quien posee la esquizofrenia sean involucrados en el proceso de atención, pues como se presentaba en la familia González y Cárdenas, se han visto distantes de los profesionales del área de la salud, llevando a que los padres, los hermanos, nietos e incluso hijos no tengan un verdadero conocimiento acerca de la esquizofrenia, limitando los procesos de apoyo y acompañamiento a su familiar.

El acompañamiento a la familia a través de la orientación familiar tiene como fin facilitar el proceso de adaptación a la nueva situación que atraviesa la familia, pues como se percibió en las que fueron entrevistadas dos de las tres familias no tuvieron una guía que les permitiera mostrar las implicaciones emocionales y familiares que trae consigo la esquizofrenia, no hubo acompañamiento de un profesional de Trabajo Social que les brindara herramientas y un apoyo frente a las movilizaciones que se presentaron en la familia y el entorno, es desde ahí que se debe acompañar en esas nuevas maneras de relacionarse entre los diferentes miembros del hogar.

Por consiguiente este tipo de orientación guiada desde el Trabajo Social, no debe ser un tipo de intervención igual al que podrían hacer otro tipo de profesiones como la medicina, la psicología o la psiquiatría, sino que debe ser un proceso donde se tengan en cuenta las particularidades de la familia y del sujeto que tiene la esquizofrenia, pues esto permite a su vez acompañar, brindar el conocimiento que facilite a la familia desde su propia experiencia encontrar recursos y estrategias para hacerle frente a su condición, no ofreciendo recetas del cómo actuar frente a determinada situación, sino que desde su propia dinámica encuentre maneras de afrontar los acontecimientos que se van presentando en el diario vivir.

Más allá de lo anterior, es necesario evaluar el funcionamiento de cada uno de los subsistemas de la familia, como están vivenciando la enfermedad, que manejo le dan y acompañar el proceso de afrontamiento y adaptación a la condiciones y demandas que la esquizofrenia presenta a la familia como ya se había mencionado anteriormente, por lo tanto es necesario incluir en la orientación a todos los miembros de la familia.

Para el caso del subsistema conyugal, en las parejas que se enfrentan a una condición de esquizofrenia en uno de los cónyuges es necesario tener en cuenta el ciclo vital en el que se encuentra, puesto que es desde ahí que se evalúan la expectativas frente al otro y el grado de dificultad que puede generarse por la falta de cumplimiento de las mismas, por tanto se debe trabajar en la búsqueda de alternativas de afrontamiento a la nueva situación.

El Trabajador Social debe además acompañar en la elaboración del duelo a los subsistemas de la familia, pues se presenta una pérdida ambigua que como plantea Falicov (2008 citando a Boss 1999) es una pérdida confusa, o parcial y se puede presentar cuando un miembro de la familia se encuentra físicamente presente pero psicológicamente ausente.

Ahora bien, en términos del cuidador, si bien la tarea de cuidar le implica a quien la ejerce un tiempo determinado para dedicarse a las labores que implica este ejercicio, no es para nada un secreto de que la tarea de cuidar tiende a un sumergimiento en la vida del otro olvidando la propia, se trabaja bajo la idea que el cuidador también requiere cuidados, ya que se enfrenta a un cumulo de exigencia tanto de su vida personal, a veces laboral como también las exigencia del cuidado del otro. Por lo anterior se hace necesario mejorar la capacidad de afrontamiento, de tal manera que satisfaga las necesidades del paciente, respondan a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomenten una relación con la persona cuidada (Achury, 2011)

Así, el profesional en Trabajo Social debe poner especial atención a los significados que el cuidador le asigna a esta labor identificando la dimensión psicológica, social y espiritual ya que desde ahí se pueden ver con que cuenta el cuidador para hacerle frente a su situación. Debe además visibilizar el rol de cuidador que posee el proveedor económico, como una forma de cuidado, y de brindar acompañamiento para que el cuidador presencial pueda rotar y no se presente un agotamiento en este.

Psicoeducación:

El proceso de Psicoeducación es de utilidad en la medida en que hace parte del reconocimiento de la esquizofrenia y de los síntomas de la persona, pues la comprensión de estos aspectos en las familias con enfermedad crónica hace un poco más llevadero la situación permitiendo el conocimiento básico frente a la manera atenderlos, lo que en parte puede generar tranquilidad a la familia.

No obstante es importante tener en cuenta que aunque este proceso de Psicoeducación es necesario, la forma en cómo se implemente será lo que hará la diferencia en la intervención, es decir, desde Trabajo Social se debe propender por evitar la monotonía de enseñar, acción que generalmente integra el proceso psicoeducativo, ya que con ello se coloca a la familia en una posición de

desigualdad frente al profesional, por el contrario, lo que se propone es reconocer como la sintomatología se da en su familiar y que recursos tiene esta familia para enfrentarlos, dándole protagonismo a la familia en un proceso que ha sido propio.

Red de apoyo

La importancia de fortalecer trabajos en red radica en que estos no solo sean institucionales sino también de carácter social o familiar, lo que permitiría a las familias erradicar el sentimiento de soledad o discriminación por contar con un miembro con esquizofrenia, lo que contribuye al proceso de afrontamiento de esta condición que para los demás no es “normal”¹⁶ llevando esta concepción a generar estigmas, por lo tanto se debe buscar hacer partícipes a estas personas en diferentes actividades que le generen habilidades para socializar con los otros.

Se propone entonces la posibilidad de trabajar en grupos de apoyo en los que la familia pueda conocer otras vivencias, situaciones similares a la suya como una forma de retroalimentarse frente al proceso de atención a su familiar y la interacción no solo al interior de la familia, sino también en su entorno como lo expone la primera familia cuando expresan que los vecinos que tienen un miembro con la misma condición de esquizofrenia son más comprensivos que los demás.

Sin embargo, con lo hallado en las familias, se pudo vislumbrar que solo uno de ellos se ha vinculado a actividades diferentes a las del hogar, siendo esto una situación que los aísla socialmente pues no cuentan con esferas diferentes a las de la familia. Por tal motivo desde Trabajo Social se debe pretender que la intervención tenga en cuenta la manera de incluirlos en programas diferentes que les dé la oportunidad de sentirse tanto activos como fortaleciendo aspectos de interacción social y dando un reconocimiento a sus proyectos individuales.

¹⁶ Una anormalidad por presentar comportamientos no establecidos socialmente.

Trabajo interdisciplinario

Como en todo proceso es importante que los profesionales no realicen intervención por separado pues por lo menos al trabajar con una familia y una persona con esquizofrenia sin tener en cuenta su totalidad, desde los aspectos sociales, individuales y médicos, pueden crearse procesos individuales que no permiten una integralidad, sino que solo se atiende lo que requiere cada área y ya, llevando a que tanto la persona como su familia no encuentren un proceso adecuado que favorezca sus necesidades.

Por consiguiente desde Trabajo Social se debe promover intervenciones teniendo presente la integración de otras áreas como lo son medicina, psiquiatría, psicología y terapia ocupacional, para lograr un impacto y atender de manera pertinente las demandas de las familias, a pesar que en muchas instituciones se hable de la integralidad y la interdisciplinariedad no se concretan acciones referidas a esto, por ende es un esfuerzo mayor que deben realizar los profesionales de Trabajo Social para que sus intervenciones cuenten con un proceso acompañado de otras profesiones y que se logre el objetivo de atender a la población de manera íntegra y dar cumplimiento además a lo planteado en el marco legal, por esto es importante que la profesión se posicione desde nuestro quehacer diarios y se tome liderazgo en los grupos interdisciplinarios para que los procesos de intervención comprendan las múltiples áreas que requieren.

En especial desde el área de Salud Mental pues el rol del Trabajador Social se ha desdibujado y no ha alcanzado a realizar un aporte en los procesos de intervención con las personas con trastornos mentales y sus familias, quedándose en la institucionalidad y cumpliendo con requisitos pero no realizando el verdadero acompañamiento en esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

Achury Diana, Castaño Hilda, Gómez Lizbey, y Guevara Nancy (2001). *Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia*. Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo. Vol 13 N° 1. Bogotá Colombia.

Álzate Natalia Andrea, Gallego Adriana María, y Ríos Luisa Fernanda (2011) *Crianza de uno, Crianza de todos*. Fundación universitaria Luis amigó. Colombia.

Anderson Karol, Reiss Dougla, y Hogarty, Gerard (2001). *Esquizofrenia y familia*, Buenos Aires. Editorial, Amorrortu.

Arnold Marcelo y Osorio Francisco (1998). *Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas*; Cinda de Moebio, num.3. Universidad de Chile.

Badilla Briones Yasna (2012) *Elementos relacionales en la esquizofrenia: comparación de los discursos familiares*. Barcelona.

Balgane Christian (2013). *Macho se hace a los golpes. La socialización violenta en los jóvenes españoles*. Facultad de periodismo y Comunicación Social, UNLP.

Barrera Ortiz Lucy (2000) El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Becoña Elisardo (2004) *Consumo de tabaco y psicopatología asociada*. *Psicooncología*, 1(1), 99-112.

Biagini Marcela (1994) *Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales*. Revisado en página <http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/1659/1/sm170412.pdf>

Botero Carlos (2005) *La formación de valores en la historia de la educación colombiana*. Revista iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653)

Bruner Jerome (1998) *Realidad mental y mundos posibles*. Editorial Gedisa, Barcelona.

Camacho María Nilsa, Chávez Aida y Maldonado Norma (2007); *El impacto social y las modificaciones en la dinámica familiar del cuidador primario del paciente con esquizofrenia*. Archivo de Neurociencias vol. 12,2.

Carreras Alberto (2003). *Apuntes sobre roles, reglas y mitos familiares*. EVNTF. Zaragoza.

Casal Jordi (2003) *Tipos de muestreo*. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona; Rev. Epidem.

Casilimas Sandoval Carlos Andrés (2002) *Investigación cualitativa*, pág. 15. Editorial: ARFO Colombia.

Castañeda Marina (2002) *El machismo invisible regresa*. Editorial Taurus.

CEPAL (2010) *Departamento de Valle del Cauca, Colombia Perfil sociodemográfico básico*. Revisado en página web: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/2/40392/3_V_del_Cauca.pdf

Constitución Política de Colombia (1991) *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado*. Artículo 49.

Díaz Amaya (2013) *Reunificación familiar De vuelta a casa ¿Para Siempre?* Revisado en página web: <http://www.avntfevntf.com/imagenes/biblioteca/D%C3%ADaz,%20Amaya%20Trab.%203%C2%BA%20BI%2012-13.pdf>

Espinal Isabel, Gimeno Adelina y González Franco (2013). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Facultad de psicología. Universidad autónoma de

santo domingo UASD y centro cultural Poveda, Distrito Nacional Santo Domingo.
Disponible en: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

Estalayo Martin Luis Manuel, (2014) Orientación, mediación y terapia familiar, Prisma; Asociación de profesionales de Trabajo Social y de Psicología Clínica

Falicov Celia (2008) *Migración, pérdida ambigua y rituales. Artículo publicado en Perspectivas sistémicas.* Argentina. Revisado en: <http://www.iiicongresoibericotf.com/wp-content/uploads/2015/05/Migracion-Perdida-Ambigua-y-Rituales-PDF.pdf>

Fierro Alfredo (2001) pág. 2 *Estrés, Afrontamiento y adaptación*; promolibro, pp. 9-38

Fromm Erich (1976) *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*; Fondo de cultura económica. México D.F.

García Brígida (1999). *Mujer, género y población en México*. El colegio de México y la Sociedad Mexicana de Demografía. México

García Estremero (2003). *Ciclo vital crisis evolutiva*. Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina familiar y la Atención primaria en salud. Unidad de Medicina familiar y preventiva. Buenos Aires

García Rosa y Suárez María (2007). *La Pérdida ambigua: una prolongada aflicción de la familia*. Psicología y Ciencia Social, vol. 9, núm. 2. Universidad Nacional Autónoma de México.

Garciandía José Antonio (2005). *Pensar sistémico*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Garciandía José Antonio (2005) *Un silencioso camino; del objeto al sistema*. Capitulo III

González Marie y Martínez Cynthia (2004). *La construcción social de la madre y el padre en tiempos de crisis*. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.

Hernández Córdoba Ángela (1997) *Familia, Ciclo Vital Y Psicoterapia Sistémica Breve*. Bogotá. Editorial El Búho

Ley 1616 (2013) *Ley de Salud Mental Nacional*. Colombia

Linares Juan Luis (2007) *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Capítulo 6 "Un caso Ilustrativo: Abuso y Terapia Familiar". España.

López Gil M^a Jesús, Orueta Sánchez Ramón, Gómez Caro Samuel, Arancha Sánchez Oropesa, Carmona de la Morena Javier y Alonso Moreno Francisco Javier (2009) *El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud*. Revista Clínica de Medicina de Familia. Versión impresa ISSN 1699-695X.

López Rodrigo, Byrne Sonia, Suarez Rodríguez, Quintana Martin y Chaves Luisa (2009) *Programas de educación parental; Intervención psicosocial* versión 18, numero 2

Maglio Norma (2013) *Relación Padre-Hija En El Test De Frases Incompletas*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

Maqueda María Luisa (2006) *La violencia de género entre el concepto jurídico y la realidad social*. Revista Electrónica de ciencia penal y criminología. ISSN 1695-0194. Disponible en: <http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>

Martínez Isabel y Bonilla Amparo (2000) *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universidad de Valencia. Página, 111. España

Merino Hipólito Pereira María (1990) *Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar*. Canales de psicología. Universidad De Santiago.

Micolta A, Escobar L. y Maldonado M. (2013), *familias Colombianas y migración internacional: entre la distancia y la proximidad*. Capítulo 5. Universidad Nacional de Colombia. Colección CES

Ministerio de salud (2009) *Guía Clínica para tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*; Gobierno de Chile. Serie clínicas Minsal

Ministerio de Salud (2013) *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*, Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-Ley-de-Salud-Mental.aspx>. Revisado: 26/08/15

Minuchin Salvador (1977) *Familias Y Terapia Familiar*. Granica editor. Barcelona, España.

Minuchin Salvador y Charles H. Fishman (1984), *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

Nash Mary (1983). *Mujer, familia y trabajo en España (1875-1936)* (Vol. 5). Anthropos Editorial.

Navarro G., José. 2004. *Enfermedad Y Familia*. Barcelona. Paidós.

Organización Mundial de la salud (2009) *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. CIE- Edición 10

Ortega Fernandez Miguel Angen(2004) *El impacto de la enfermedad en la familia*; Departamento de medicina familiar. Facultad de medicina. UNAM, vol 47 N° 6.

Pileño Morillo Salvadores y Nogales (2003). *El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval*. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid España.

Rejas Cuenca Lourdes M (2011) pág. 10; *Familia y esquizofrenia, “24 horas al día, 365 días al año”*; Universidad de Alicante.

Ribé Buitrón Jose Miguel (2014) *El cuidador principal del paciente con esquizofrenia, calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional*, Universidad Ramón Lull, Facultad de psicología.

Rodríguez, Antonio (2007) *Principales Modelos De Socialización Familiar*. Main Models About Familiar Socialization. Foro de Educación, n.9. Pg.91-97

Rodríguez Marín Jesús, Pastor Ma Ángeles, López Roig Sofía (1993) Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema Vol. 5. Departamento de psicología de la salud. Facultad de medicina. Universidad de Alicante

Rolland John S. (2000). *Familias, enfermedad y Discapacidad: Una propuesta desde la terapia sistémica*. Gedisa.

Sabino Carlos (1992) paginas 111; *El proceso de investigación, la observación científica*; ed. Panamo.

Sallés Cristina y Ger Sandra (2011) *Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación*, Educación social 49

Sánchez Luz Mary. (2000) *Evaluación y trazado de la estructura de la familia*. Programa Editorial de la Facultad de Humanidades de la Universidad del Valle. Santiago de Cali.

Secretaria Departamental de Salud (2009) *Programa de Salud Mental Comunitaria del Valle del Cauca Gobernación del Valle del Cauca*. Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

Tenorio Laura, Osorio Maryury (2014) Informe final primer nivel de prácticas académicas Fundación Salud Mental del Valle. Universidad del Valle sede Norte del Cauca

Tenorio Rosalba y Hernández María (2008) *Panorama De La Investigación Del Trabajo Social En El Ámbito De La Salud Mental (1970-2000)*. Salud Mental.

Villa Nolasco Milagros Jennifer (2015) *Actitud de los familiares hacia el cuidado integral del paciente esquizofrénico en el hogar*. HVLH 2014; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima Perú.

Yoffe Laura (2006) *Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos*. Psicodebate No. 7: "Psicología, cultura y sociedad". Editorial Universidad de Palermo.

Zastrow Charles H. (2008) pagina 119; *Trabajo Social con grupos*, sexta edición Paraninfo S.A; España

ANEXO

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad: Universidad del Valle

Título del proyecto: ESQUIZOFRENIA: INCIDENCIA EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Investigador: Maryury Osorio Marín, Karen Lorena Mezú, Laura M. Tenorio Delgado

Lugar: Valle del Cauca

Fecha: 10 de septiembre de 2015

Este documento contiene la información sobre la propuesta investigativa en la cual usted ha sido invitado a participar. Puede preguntar al investigador principal que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente, al firmar este documento estará aceptando hacer parte de este estudio. Una copia de este consentimiento será entregado a usted.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Este proyecto indaga Cómo incide la esquizofrenia del padre o de la madre en la estructura familiar de tres familias del Valle de Cauca en el 2015 y cuál sería el proceso de intervención de Trabajo Social, lo anterior con la finalidad de permitir la comprensión de dicha incidencia en las familias del departamento y contribuir al desarrollo académico del mismo en especial con la población señalada, así mismo, busca aportar a los procesos de intervención que se realizan alrededor de la condición de esquizofrenia.

PROCEDIMIENTOS: Para la recolección de información relacionada con este estudio usted participará en varias entrevistas sobre temas de la cotidianidad y vida íntima, que se regirán con normas de respeto y privacidad respecto a la información recaudada.

En el documento de la investigación se utilizarán seudónimos con la finalidad de mantener la confidencialidad de la información que usted nos ha proporcionado. Las entrevistas tendrán una duración máxima de dos horas y serán grabadas para garantizar la obtención completa de la información suministrada.

BENEFICIOS: Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento y solo con la contribución solidaria de muchas personas como usted será posible comprender la incidencia de la esquizofrenia en la estructura familiar. Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación en la investigación les permitirá conocerse más como familia y comprender los aciertos y desaciertos que se han realizado en torno a la aparición de la esquizofrenia, con el fin de identificar algunas acciones que como familia crean convenientes llevar a cabo, finalmente si ustedes lo desean se les facilitará una copia del informe final.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información personal que usted dará en el curso de este estudio se utilizará solo con fines académicos. A las entrevistas se les asignará un código de tal forma que se mantenga en privado su identidad. Los resultados de esta investigación será publicada en una tesis de pregrado, pero la identidad suya no será divulgada.

En constancia de que participo voluntariamente en esta investigación y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas.

Nombre del Participante: _____

Documento de identidad. _____

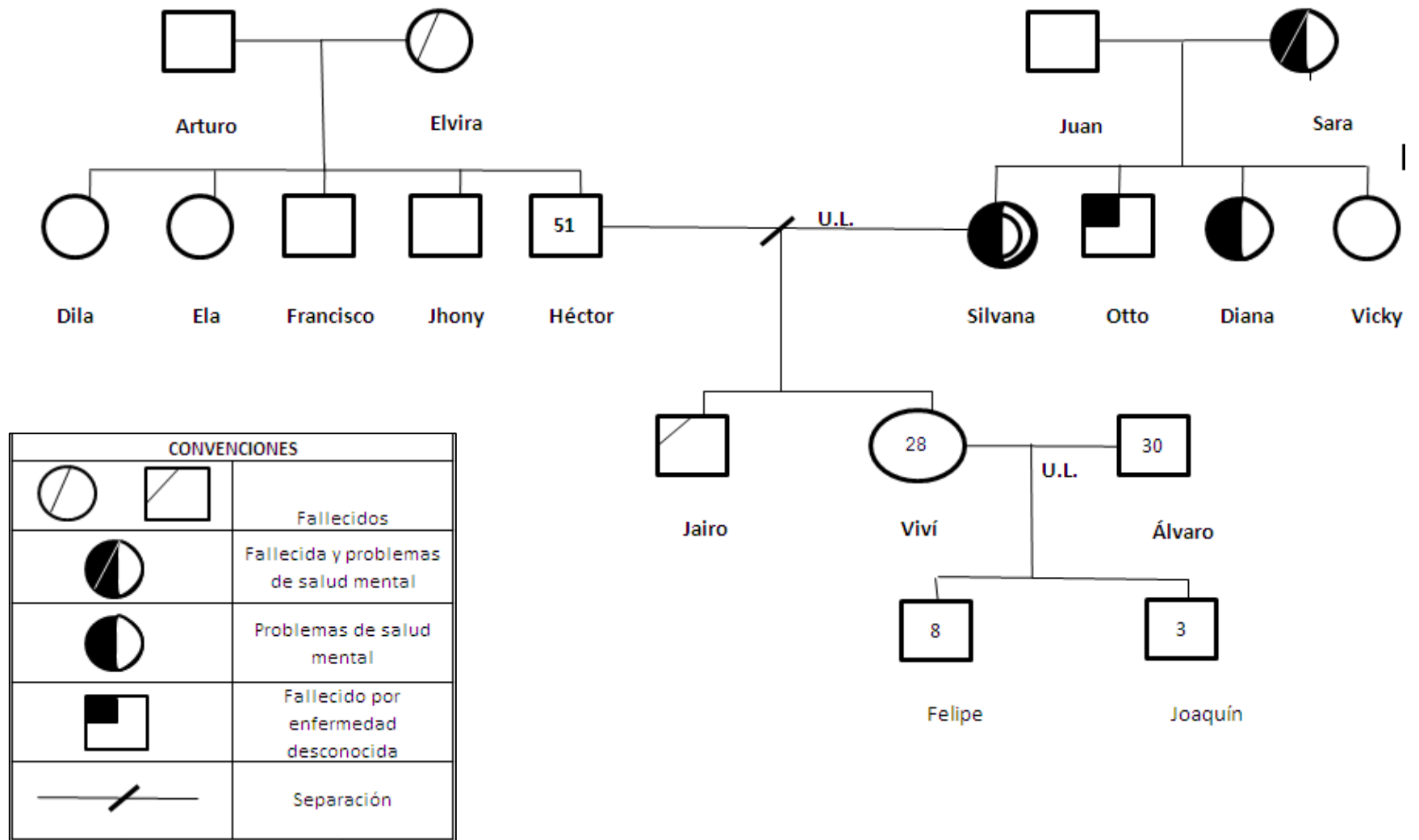
Firma del Participante _____

Fecha _____

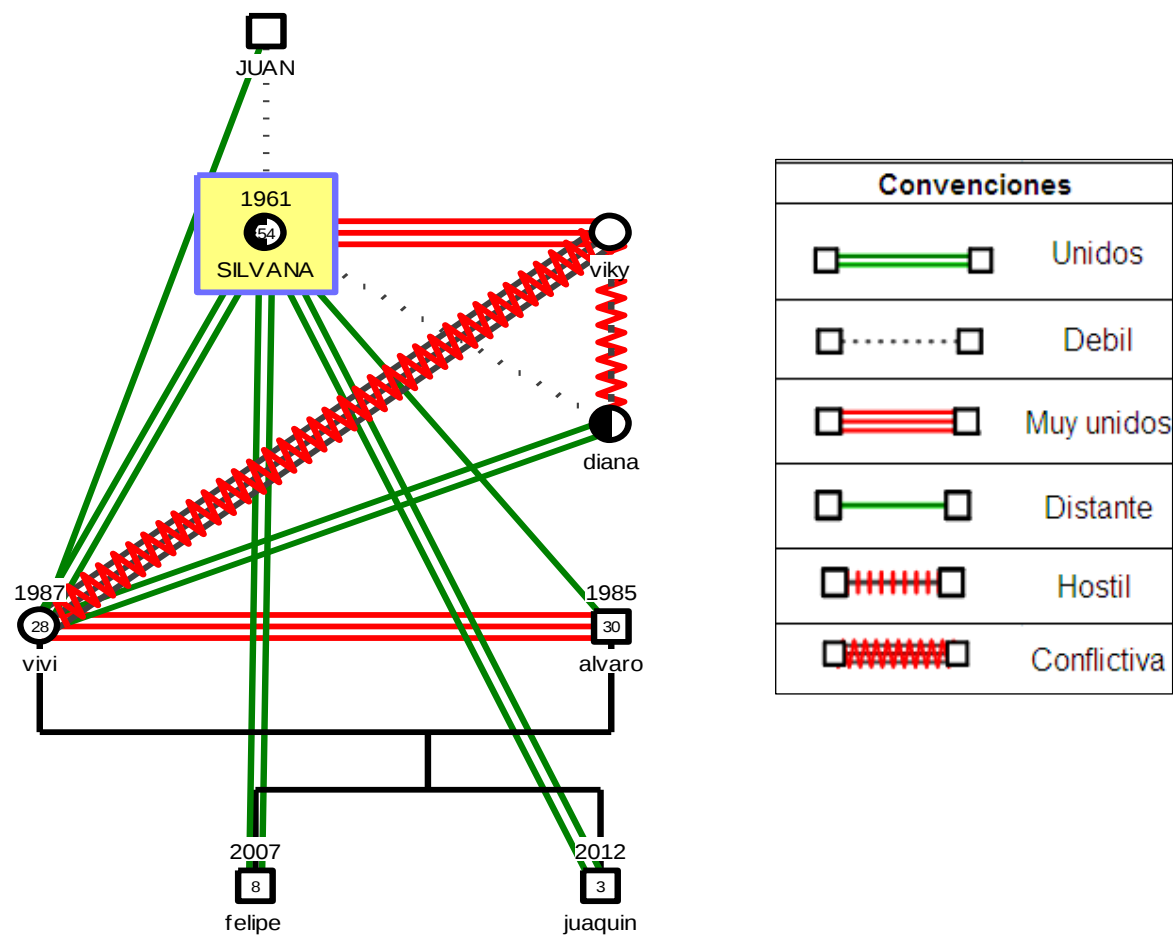
Firma del Investigador Principal _____

Anexo 2. Familia González.

Anexo 2.1. Genograma



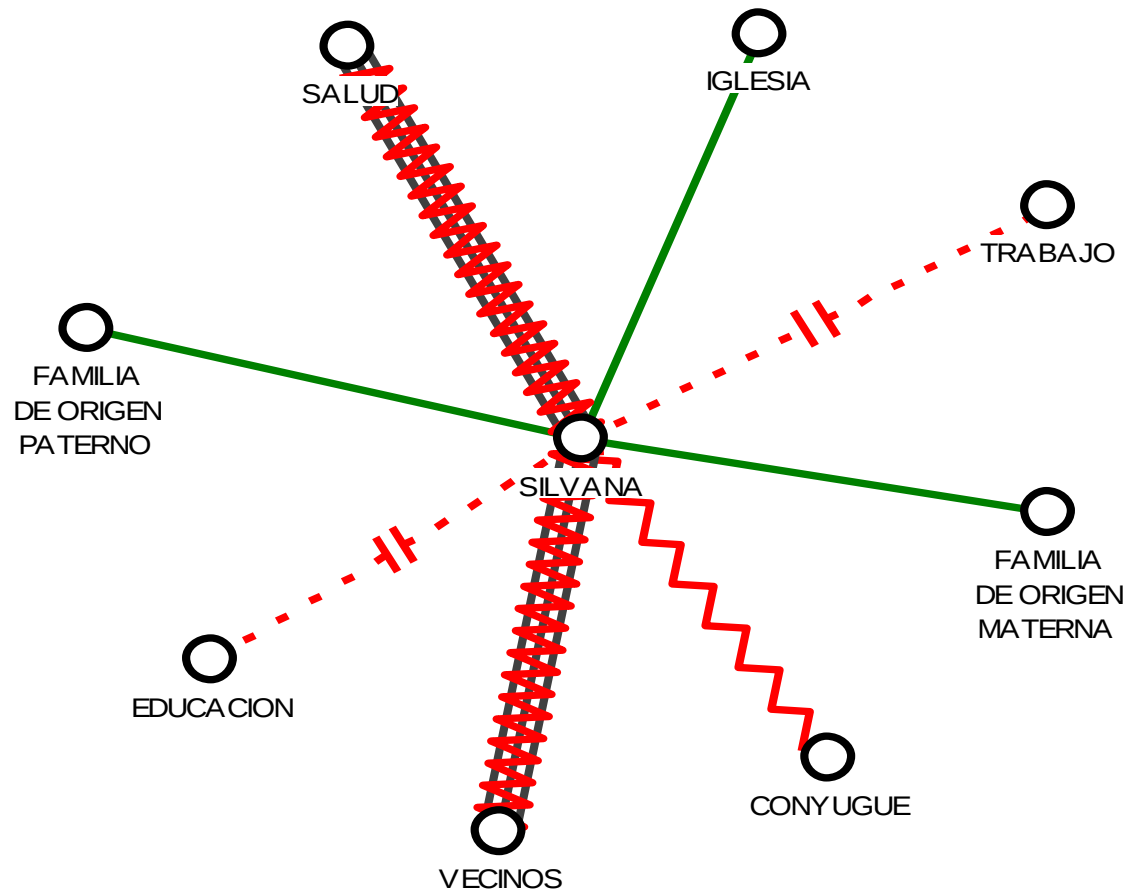
Anexo 2.2. Diagrama vincular¹⁷



¹⁷ Los diagramas vinculares y los ecomapas son realizados con el programa genopro, motivo por el cual tiene convenciones diferentes que son explicadas al lado de cada diagrama

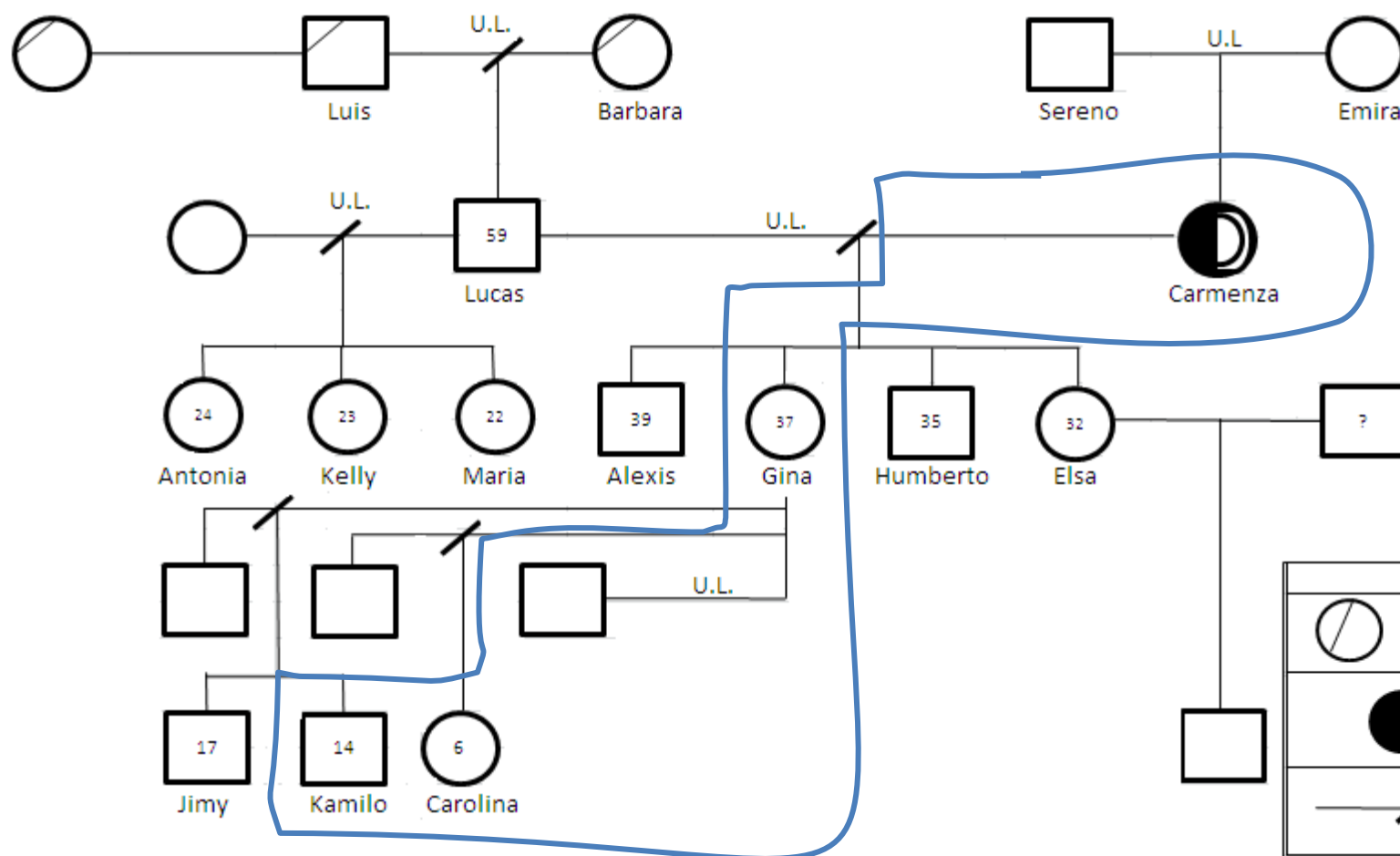
Anexo 2.3 Ecomapa

Convenciones	
	Unidos
	Estresante
	Distante
	Suspendida
	Conflictiva

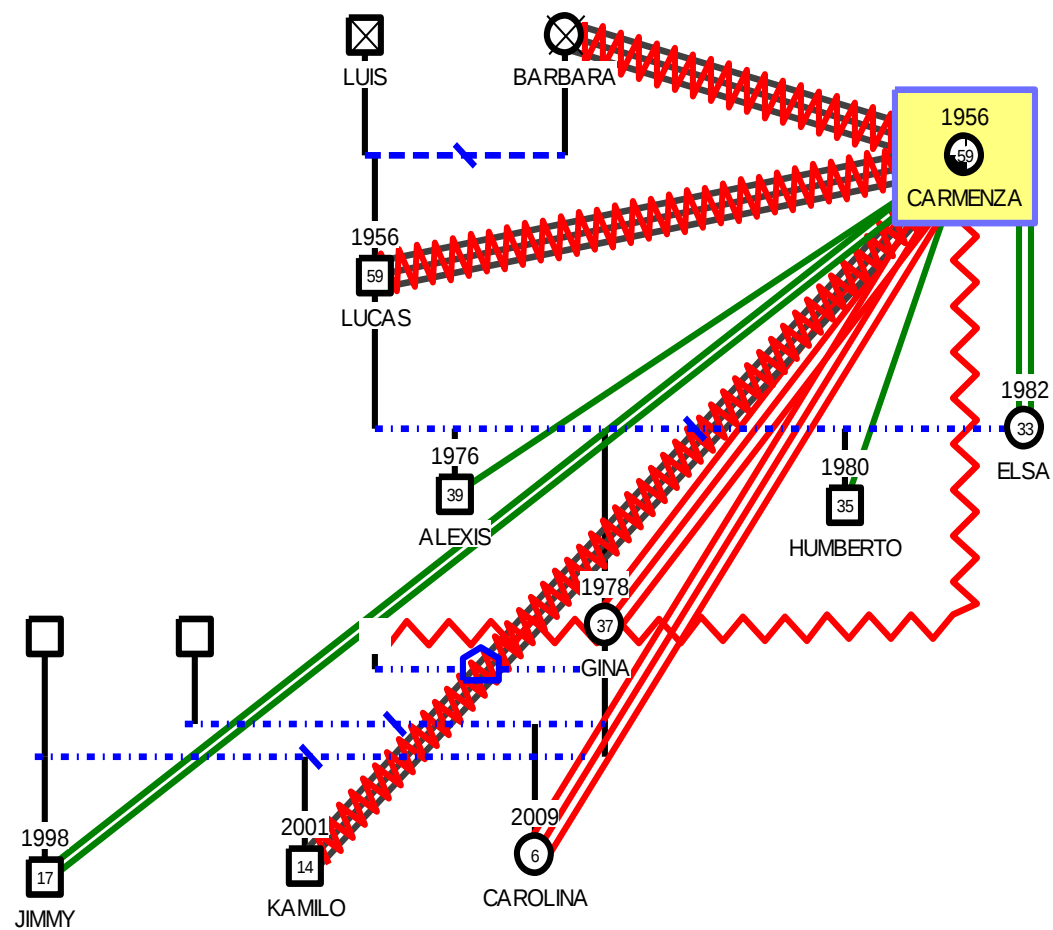


Anexo 3. Familia Cárdenas

Anexo 3.1. Genograma

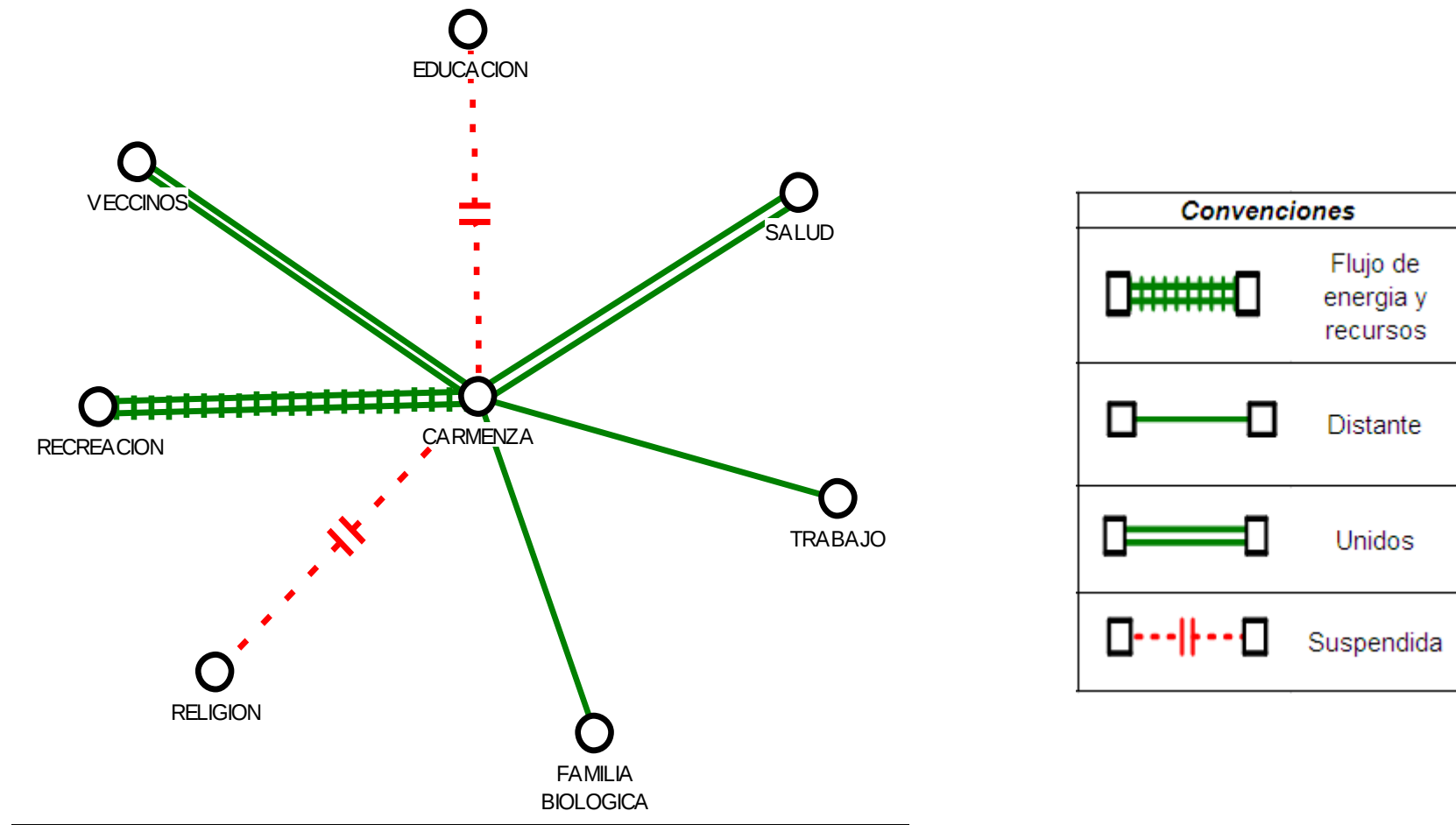


CONVENCIONES		
		Fallecidos
		Problemas de salud mental
		Separación



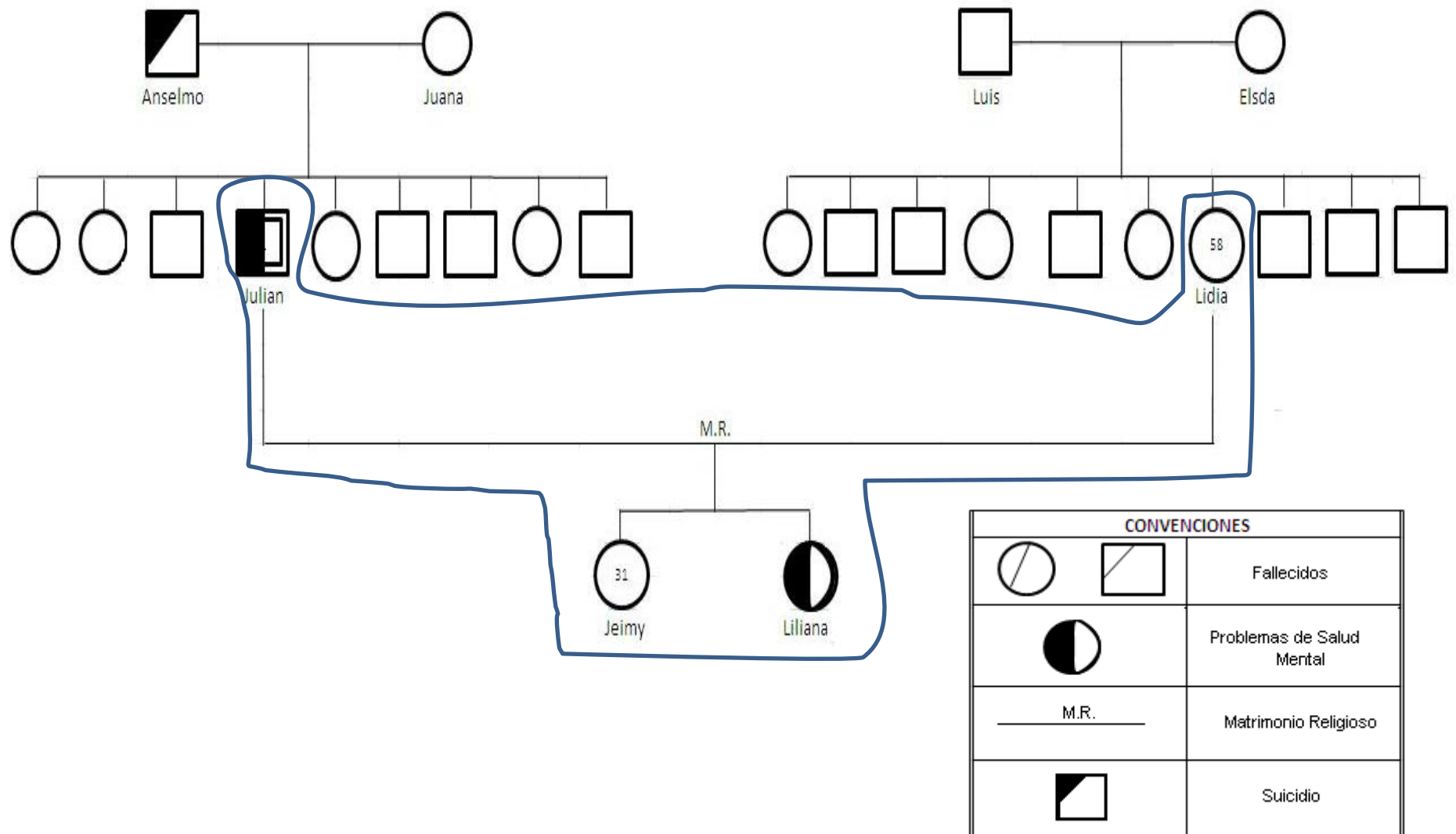
Convenciones	
	Unidos
	Estresante
	Distante
	Suspendida
	Conflictiva
	Fusión

Anexo 3.3. Ecomapa

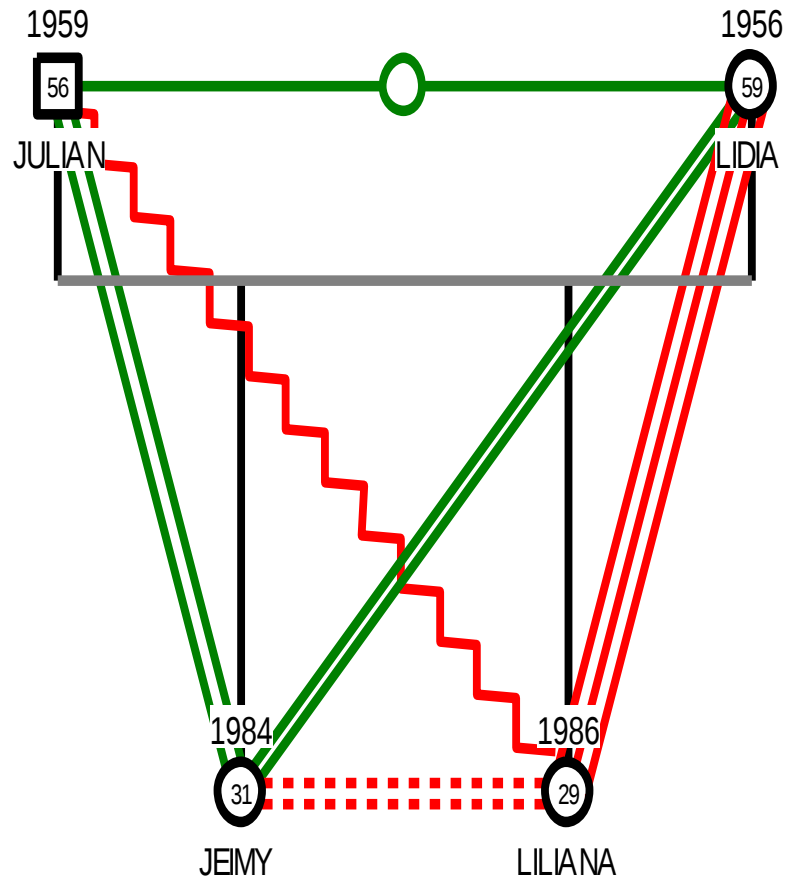


Anexo 4. Familia Carabalí

Anexo 4.1. Genograma

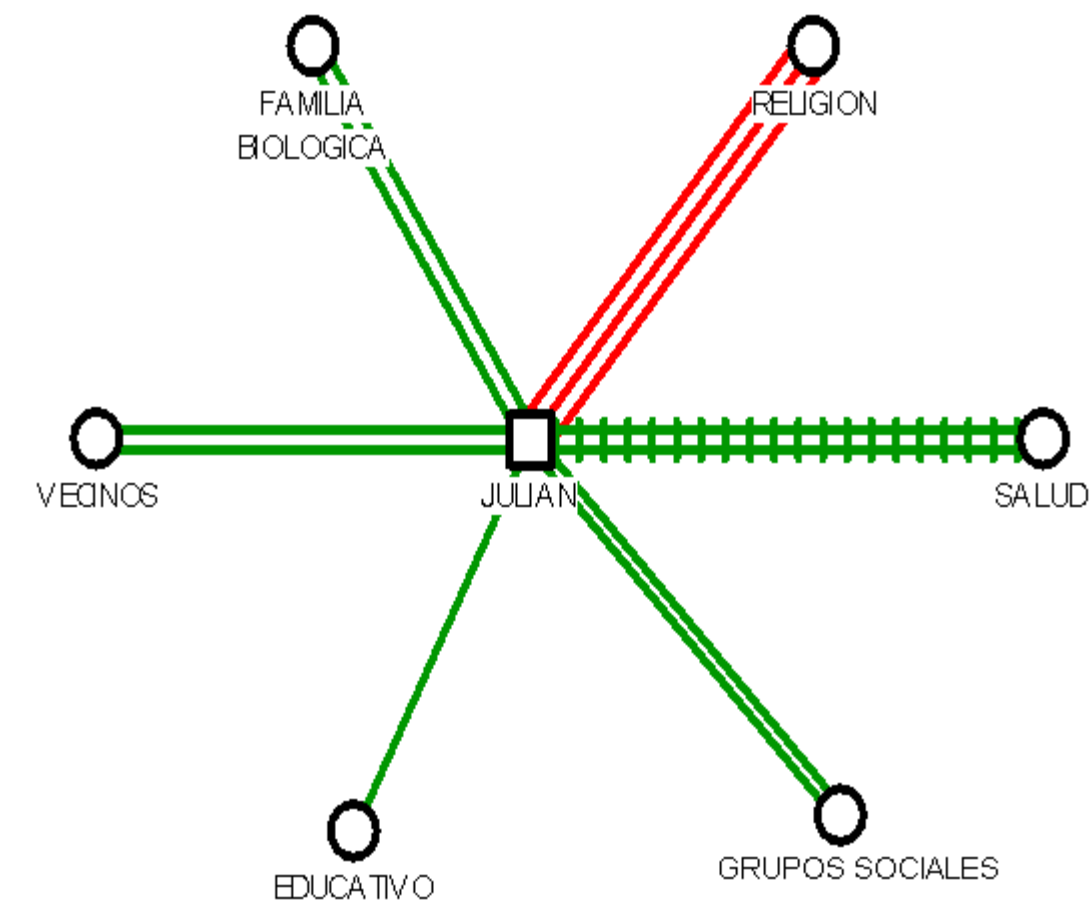


Anexo 4.2. Diagrama vincular



Convenciones	
	Unidos
	Estresante
	Amistad(relacion unida por compromiso)
	Unida pero intermitente
	Fusión

Anexo 4.3. Ecomapa



<i>Convenciones</i>	
	Flujo de energía y recursos
	Distante
	Unidos
	Fusión