



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

Cuidador y esquizofrenia: una perspectiva desde las relaciones objetales.

Autor: Cristhian Adolfo Fernández Alvarez.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de psicólogo.

Director: Roger Collazos.

Facultad de humanidades y ciencias sociales.

Departamento de ciencias sociales.

Programa de psicología.

Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

31 de Mayo del 2021.

Contenido

Introducción.....	1
Método.....	29
Resultados.....	35
Caso 1: Carlos.....	36
Caso 2: María.....	51
Discusión.....	59
Referencias.....	69
Anexos.....	74

Introducción.

A lo largo de la historia de la humanidad, han habido diferentes puntos de vista sobre las afectaciones que ha vivenciado el hombre en la salud durante distintos períodos de la historia; por ejemplo, en la edad antigua, sobre todo en Grecia. Según Salaverry (2012) toda enfermedad, incluso las enfermedades mentales, eran vistas como una alteración en los cuatro humores, es decir, que quien tuviera alguna enfermedad por causas naturales, en realidad tenía problemas ya sea en la bilis negra, bilis amarilla, en la sangre o en la flema. Sin embargo, durante el período de la edad media, la concepción humoralista y naturalista de la enfermedad fue desechada, y se empezó a gestar la creencia de que las enfermedades eran un castigo divino, incluso la enfermedad mental, aunque en este caso las afectaciones mentales eran vistas como una posesión generalmente diabólica.

Después de la edad media, que se vio fuertemente marcada por el dominio religioso, vino la edad moderna donde la enfermedad mental fue vista desde la dualidad mente cuerpo, y posteriormente llegó el período contemporáneo donde las afectaciones mentales son vistas como procesos patológicos que se atribuyen a muchos factores, ya sea de carácter biológico, psicológico y/o social.

Sin embargo, en el transcurso de cada período de la historia de la humanidad, no solamente hubo cambios en la percepción de las patologías mentales, sino que además de eso, también se fueron dando cambios con respecto a la responsabilidad del cuidado de las personas que tuvieran alguna enfermedad mental. El ejemplo de esos cambios se puede ver en Salaverry (2012) quien aseguró que en la edad media la responsabilidad del enfermo mental era asunto íntimo; pero Foucault (1998) expresó que estos sujetos eran exiliados de las ciudades donde residían y eran llevados en barco a lugares lejanos. En los inicios del período contemporáneo, es

decir, aproximadamente desde 1790, se empieza a ver mayor responsabilidad con respecto al ejercicio del cuidado del enfermo mental. Esto se empezó a cristalizar en 1794 con la fundación del primer hospital psiquiátrico por parte de Pinel, dando paso a un ejercicio de cuidado del enfermo a nivel hospitalario, pero esto no fue garantía de un manejo adecuado con los pacientes, razón por la cual casi dos siglos después, es decir, hacia el año de 1967, surgió el movimiento de la antipsiquiatría¹, que según Bermejo (2012) ofrece una mirada más social de la enfermedad mental incluyendo la forma de tratarla.

Hasta este punto, lo que se ha hecho es tratar de brindar un contexto histórico sobre la enfermedad mental, los paradigmas bajo los cuales se ha concebido a este tipo de afectación a través de la historia que a la vez incidieron en la forma de tratar a quien estuviera afectado por cualquier patología mental. Lo que se puede apreciar en el presente, a diferencia del pasado donde el paciente era excluido de su familia y de la sociedad, es que el cuidado del paciente por parte del entorno familiar, o de un solo cuidador que hace parte de la familia, ha cobrado mucha importancia ya que con el paso del tiempo, las familias han ido asumiendo un poco más la responsabilidad del cuidado del paciente; no obstante, también se ha podido ver que el ejercicio del cuidador primario informal trae consigo consecuencias para la vida de dicho cuidador, ya que las personas encargadas de brindar cuidado, suelen experimentar sensación de desgaste físico, psicológico y emocional; y además experimentarían cambios importantes en el aspecto laboral, en el entorno familiar, en su vida personal y en el entorno social.

¹ La antipsiquiatría fue un movimiento que surgió en la década del sesenta haciendo una fuerte crítica al modelo médico psiquiátrico de la época, en el que el tratamiento a los enfermos mentales se daba dentro de hospitales psiquiátricos consideraba en la internación de los pacientes y el trato que se les daba dentro de estas instalaciones generalmente era inhumano. Por esta razón la antipsiquiatría emprende una batalla contra los psiquiátricos y ofrece un método de tratamiento al enfermo mental distinto del que se le daba antes; pues en la antipsiquiatría la enfermedad mental no era vista como un problema orgánico, sino como un problema de orden adaptativo del sujeto al entorno social.

En el contexto internacional y nacional hay diversos estudios que permiten dar cuenta de los cambios que se presentan en la vida del cuidador, incluyendo los efectos que puede experimentar en su salud. En el contexto global, se tienen estudios realizados en España, Irán, Ecuador y otros países, los cuales han permitido conocer más de cerca los aspectos que se ven afectados en el cuidador a causa de su labor al hacerse cargo de un familiar que padece alguna enfermedad psiquiátrica.

En el panorama mundial se tiene registro de trabajos hechos desde el enfoque cuantitativo, al igual que investigaciones cualitativas con relación al cuidador de personas con enfermedades psiquiátricas. Desde el enfoque cuantitativo se tienen trabajos como el realizado por Pérez y Carbonell (2018) en España, cuyo objetivo principal fue identificar los niveles de carga del cuidador y analizar los factores asociados a la atención familiar en salud mental. En este estudio participaron 107 personas a quienes se les realizó una encuesta haciendo uso del Test de Zarit. Por medio de este trabajo, los investigadores encontraron que el 73,8% de los que fueron encuestados obtuvieron niveles de sobrecarga intensa; el 9,3% obtuvo niveles de sobrecarga leve; mientras que el 16,4% no reportó niveles de sobrecarga. El estudio concluyó que es importante la creación de interacción comunitaria y apoyo mutuo, talleres psicoeducativos mediante los cuales se le permita al cuidador comprender los procesos de la enfermedad, y de igual manera el desarrollo de estrategias de afrontamiento, ya que esto es útil para reducir la sobrecarga que experimenta el cuidador.

Otro estudio que fue realizado por Blanco *et al* (2019) quienes tuvieron como objetivo determinar la sobrecarga física o emocional del cuidador y las características sociodemográficas de la situación de cuidado y características clínicas asociadas entre los cuidadores familiares, el cual fue un estudio cuantitativo al igual que el mencionado antes, y que contó con una muestra

de 294 participantes, arrojó como resultado que el 55,4% de los cuidadores experimentaban sobrecarga; además, el 60,7% de los cuidadores expreso que dada la dependencia que tienen sus familiares, el tiempo para sí mismos era insuficiente. Como conclusión, los investigadores hallaron que uno de los factores asociados a la sobrecarga de la situación de cuidado, fue el hecho de no tener un trabajo fuera de casa; otro factor asociado a la sobrecarga fue la edad, pues según los investigadores las personas de mayor edad tenían riesgo menor de desarrollar sobrecarga; por lo tanto, según Blanco et al. (2019) tener mayor edad y, además, un mayor apoyo social, es un factor protector para el cuidador.

Otra investigación cuantitativa que también se realizó en España, fue el de Barberá (2013), quien en su tesis doctoral realizó un análisis del impacto que tenía el proceso del cuidado en la salud de cuidadores de pacientes con esquizofrenia, y así mismo analizó la manera de cómo este impacto se podía ver modulado por determinadas variables. En este trabajo que se llevó acabo con una muestra total de 47 cuidadores, que además eran los padres de los pacientes, Barberá encontró que el 53,2% de los cuidadores experimentaban sobrecarga intensa, el 14,9% una sobrecarga leve y el 31,9% hay ausencia de sobrecarga. En suma, Barberá concluyó que las mujeres cuidadoras experimentaban mayor malestar emocional, y que tenían una tendencia a usar estrategias de afrontamiento emocional; además de que la carga percibida y el estado de gravedad de quien era cuidado, no aparentaban tener relación alguna con la salud de los cuidadores, pues en lugar de ello, las variables que se asociaron a mayores problemas de salud del cuidador, eran las respuestas del cuidador y los recursos del mismo frente a su actividad (Barberá, 2013).

Como se puede apreciar, las investigaciones cuantitativas que se han citado hasta este punto, han estado direccionadas a evaluar si los cuidadores experimentan algún tipo de sobre

carga, es decir, sobrecarga emocional y/o física, y a tratar de medir la intensidad de esa sobrecarga que experimentan los cuidadores de personas con esquizofrenia. Además de eso, los autores de los estudios que se han citado hasta el momento, también tuvieron en cuenta los factores asociados a la sobrecarga que experimentaban los cuidadores que participaron en los respectivos trabajos, donde se encontró que variables sociodemográficas como la edad y el sexo tienen relación con la sobrecarga experimentada por los cuidadores, y además se concluyó que es de vital importancia la ejecución de programas educativos o de apoyo al cuidador que les permita desarrollar estrategias de afrontamiento de la situación de su familiar.

Con respecto a los estudios cualitativos, se ha encontrado aquellos como el que realizaron Kardorff, Soltaninejad, Kamalic, y Shahrabakid (2016) en Irán, quienes tuvieron como objetivo explorar las cargas específicas que experimentan los cuidadores de pacientes con esquizofrenia y trastornos afectivos. Los resultados, que fueron obtenidos mediante entrevistas a cuidadores de personas con esquizofrenia y otros trastornos, permitieron dar cuenta que los cuidadores solían experimentar sentimientos de vergüenza, ansiedad, miedo, culpa, rabia o ira. Además, los mismos investigadores identificaron que otro factor que genera cargas a los participantes de dicha investigación es el factor económico, pues de esto se puede entender que, el padecimiento de sus familiares trae problemas de tipo financiero. Como conclusión, el ejercer el cuidado de alguien con esquizofrenia o cualquier otra enfermedad mental, suele ser bastante oneroso en aspectos de la vida social, laboral, familiar, en lo personal, etc. Así mismo, “tiene impacto en el bienestar y en la calidad de vida del cuidador y a menudo va acompañado de restricciones en las rutinas cotidianas y las relaciones sociales”. (Kardorff et al. 2016. P. 253).

Por otra parte, Villamar (2014) en su tesis doctoral, de enfoque cualitativo, que tuvo como objetivo principal realizar una caracterización del síndrome del cuidador en cuidadores

primarios de pacientes con esquizofrenia, logró hallar, mediante entrevistas y cuestionarios realizados a 20 personas, que de ese grupo de participantes la gran mayoría afirmó que su salud se había visto afectada por la carga que implica hacerse cargo del cuidado del familiar. También encontró que en todos los cuidadores existe la presencia del síndrome del cuidador, aunque en este aspecto hubo variabilidad, pues algunos de los que presentaron los síntomas de ese síndrome refirieron experimentar “negación a que alguien más asuma los cuidados, enojo, aislamiento social, depresión, irritabilidad, problemas de salud, entre otros” (P. 68). Además de esto, la investigadora evidenció que el estilo de vida de los cuidadores cambio rotundamente, pues su tiempo para sí mismos era muy limitado, y además las relaciones familiares se vieron afectadas a causa del cuidado del familiar. Las conclusiones más relevantes de esta tesis fueron que, la sobrecarga intensa y la baja calidad de vida repercuten en el sistema familiar del cuidador, y que los cuidadores primarios tenían sentimientos de desesperanza y miedo asociados al estado de su familiar. (Villamar, 2014)

Por otro lado, autores como Caqueo, Gutiérrez y Miranda (2009) quienes realizaron un estudio de estado del arte a cerca de la calidad de vida de los cuidadores de personas con esquizofrenia, cuyo fin era realizar una comparación de la calidad de vida en diferentes países, donde se encontró que la calidad de vida de los participantes estaba relacionada con variables como la carga emocional, la salud, la vida laboral, apoyo social y la carga económica. Los investigadores encontraron que la salud del cuidador se veía afectada por síntomas como el estrés, la ansiedad y depresión. Además, encontraron que el ejercicio del cuidado conllevaba al abandono del trabajo, cambio en los horarios laborales o cambio de empleo; y el último factor evaluado, que fue el aspecto financiero, se encontró que había preocupación por parte de los cuidadores, ya que esto implicó tener que hacer gastos en tratamientos y terapias.

Las conclusiones más relevantes a las que pudieron llegar Caqueo *et al* (2009), fue en primer lugar, que la variable que más se vio relacionada con el daño a la calidad de vida del cuidador fue la carga emocional, al igual que la falta de apoyo social y laboral. Finalmente, y en segundo lugar, concluyeron que las principales diferencias con respecto a la calidad de vida entre países, parecían estar muy relacionadas con un mejor acceso y una mayor disponibilidad de recursos económicos. Según los autores, el aspecto económico en los países en desarrollo, suele ser un factor de carga para el cuidador dado que esto juega un papel importante en su calidad de vida. Por lo tanto se entiende que en los países industrializados la carga económica suele ser menor que en los países en vía de desarrollo.

Por otro lado, Young, Murata, McPherson, Jacob y Vandyk (2019), realizaron una investigación, cuyo propósito fue, explorar y sintetizar las experiencias de cuidado de los padres de personas con esquizofrenia. Este estudio de tipo cualitativo, que se realizó mediante la búsqueda de artículos en distintas bases de datos; permitió a los investigadores encontrar, que los padres en su experiencia manifestaban que había falta de recursos físicos para atención y hospitalización, y dificultad para acceder a recursos disponibles como el sistema mismo. Otra situación que encontraron los investigadores, fue que los cuidadores de los estudios revisados, experimentaban un duelo en relación con la pérdida del sí mismo, pues los participantes refirieron que sentían imposibilidad de alcanzar sus objetivos personales, dado que el cuidado del familiar era muy demandante, y de la misma forma se encontró el duelo de la pérdida en relación con el paciente, la cual fue relacionada con las habilidades cognitivas, es decir, el cuidador, experimentaba un sentimiento de pérdida del familiar dado que este no mantiene el funcionamiento óptimo de sus facultades mentales. La siguiente categoría encontrada por los

mismos investigadores fue angustia psicológica (Psychological distress), donde los padres cuidadores manifestaron sentimientos de culpa y, angustia.

Además de las categorías enunciadas antes, los autores encontraron otras dos que fueron; efectos sobre la familia, en la que se encontró que hubo muchos conflictos en la relación a causa de la no comprensión de los síntomas, aunque también se encontró un aumento en la responsabilidad de la labor del cuidado. Mientras que la última categoría encontrada fue llamada enmarcando la experiencia (farming the experience), en la cual se puso de manifiesto que los padres-cuidadores a causa de su compromiso con el cuidado, desarrollaron pensamientos positivos; esta última categoría también estuvo caracterizada por las creencias religiosas orientadas hacia un intento de comprensión del por qué se llegó a esa situación; por último, se encontró que el crecimiento personal del cuidador, estuvo caracterizado por la evolución del cuidador en cuanto a su carácter y a su capacidad para manejar situaciones que se presentan en su rol, lo cual quiere decir que los cuidadores de los estudios revisados, lograron desarrollar una mayor capacidad de adaptarse a la experiencia de cuidar a su hijo(a). Finalmente, Young et al. (2019) concluyeron la experiencia de pérdida era muy frecuente entre los padres cuidadores, y además había mucho lamento por la pérdida de sí mismos y de los pacientes. Asimismo, llegaron a la conclusión de “que los padres y cuidadores pudieron enmarcar sus experiencias de una manera que les fue útil para hacer frente y mantener su papel de cuidador”. (Young et al. 2019. P. 102)

Después evaluar el panorama internacional desde el enfoque cuantitativo y el cualitativo, a continuación, se podrá apreciar el panorama nacional de investigaciones realizadas con cuidadores de pacientes con enfermedades mentales; cabe destacar que, de los estudios nacionales, solo se encontraron investigaciones cualitativas. Como un primer antecedente del

contexto nacional, se tiene la investigación que realizaron Zaraza y Hernández (2017), cuyo estudio de enfoque cualitativo, tuvo como objetivo comprender el significado de vivir con esquizofrenia para personas que presentan la enfermedad y sus familiares, quienes acudieron a una institución estatal para la atención de problemas de salud mental de alta complejidad en Colombia durante el 2014 y 2015. La muestra estuvo conformada por 21 personas a quienes se les aplicó una entrevista individual (8 entrevistas), y a la vez se realizaron dos grupos focales, que estuvieron conformados por pacientes con esquizofrenia, mientras que el otro estuvo integrado por los cuidadores.

Entre los resultados se encontró que la experiencia de enfrentarse a la primera crisis de la enfermedad del familiar, es lo que marca un antes y un después en la experiencia vital, ya que este primer momento suele estar cargado de sensaciones y emociones de angustia, frustración y desesperación tanto en quien la padece como en el cuidador directo. Asimismo, los investigadores encontraron que las crisis suelen generar afectación emocional, dolor y temor, a causa del hecho de no saber cómo responder una vez que sucede la crisis. Finalmente, Zaraza y Hernández (2017) concluyeron que la esquizofrenia, que produce una sensación de encerramiento, da origen a sentimientos de desesperanza que afectan tanto al paciente como al cuidador.

Por otra parte, hay estudios que han tenido como foco principal aquellos estigmas que rondan a la enfermedad mental en general; como por ejemplo la investigación cualitativa realizada por Lacera et al (2019), cuyo objetivo principal fue describir el estigma familiar percibido por los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental. Dicho trabajo contó con una muestra de 14 participantes de la ciudad de Bogotá, a quienes se les realizó una entrevista en profundidad. La evidencia hallada en las entrevistas realizadas, indicó que las

familias que tienen en su cuidado a alguien con alguna enfermedad mental, tienden a pensar que estas personas son agresivas y peligrosas, y por tal motivo deben ser ocultados y apartados de su círculo social, ya que en estas familias se cree que, por tener bajo su responsabilidad a alguien con enfermedad mental, van a ser rechazados. Finalmente Lacera *et al.* (2019) dice que cuando se da una enfermedad psiquiátrica en algún familiar, hay una ruptura de la normalidad que representa una situación novedosa para la familia del afectado, ya que dicha eventualidad es considerada como algo terrible y doloroso; además, se empiezan a evidenciar ciertos patrones de estigma frente a la condición mental del ser querido.

Luego de la revisión de estudios psicológicos con relación a la actividad del cuidador, sus cargas y experiencias en medio de su rol, se puede dar una deducción de la relación sobrecarga y mecanismos de defensa, pues lo que se sabe hasta ahora es que en la vida del cuidador, hay muchos factores estresores (sobrecarga), y dichos factores están relacionados con la angustia que experimentan los cuidadores acerca de su familiar con esquizofrenia por no tener un conocimiento claro de la enfermedad. Es aquí donde los mecanismos de defensa se relacionan con la sobrecarga que a su vez generan angustia, pues estos mecanismos según Brainsky (2017) cumplen con la labor de manejar las ansiedades resultantes del conflicto intrapsíquico, ayudan a disminuir las frustraciones, y lo más importante para estos casos, hacen que el sujeto pueda adaptarse paulatinamente a la realidad y hacer de ella más tolerable.

La sobrecarga no solamente estaría relacionada con los mecanismos de defensa, sino que también entrarían las fantasías y las representaciones, dado que ambos procesos mentales están relacionados con angustia y ansiedad, o cualquier tipo de afecto en general.

Después de haber revisado el panorama mundial y nacional con respecto a las investigaciones con enfoque cualitativo, se puede apreciar que estas han estado dirigidas a indagar un poco sobre la experiencia de los cuidadores en su actividad, han estado direccionadas a explorar sobre los factores que suelen estar relacionados con la sensación de sobrecarga que pueden experimentar los cuidadores, entre los cuales se ha encontrado el factor económico a causa de los diversos gastos que conlleva la enfermedad del familiar, los sentimientos que experimentaron los participantes de las investigaciones, los cambios en su vida laboral, la inexperiencia ante las primeras crisis, entre otros aspectos encontrados a nivel general. Desde el panorama nacional, fue posible ver que la primera experiencia del cuidador frente a la crisis del paciente, estuvo marcada por diversos sentimientos relacionados con la angustia por el hecho de la inexperiencia del cuidador frente a situaciones críticas, mientras que por otro lado, se aprecia un cambio en la percepción del familiar cuando este desarrolla una enfermedad mental; dicho cambio en la percepción es lo que suele generar estigmas frente al pariente con enfermedad psiquiátrica.

A continuación, se procede a dar el panorama mundial y nacional de las enfermedades mentales, con datos estadísticos obtenidos en años anteriores, entre los que se encuentra un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013, donde se advirtió que la tasa de mortalidad de la esquizofrenia es bastante preocupante, pues según esa organización, las personas que padecen de esta patología tienen una probabilidad de muerte prematura del 40% al 60%, tasa de mortalidad que además es mayor a la de la población general, debido a los problemas físicos que no suelen ser atendidos, y también se debe al suicidio que es catalogado como la segunda causa de muerte en los jóvenes (OMS, 2013). En el reporte más reciente de la OMS (2019a), se informó que trastornos como la depresión suele afectar al 3,93%

de la población mundial, también se mencionó que el trastorno afectivo bipolar afecta al 0,78% de las personas en el mundo, mientras que el 0,62% de los habitantes del planeta suele verse afectada por la demencia y, por último, se dio a conocer que el 0,27% de las humanos a nivel mundial padece de esquizofrenia.

Con respecto a los hallazgos nacionales, se obtuvieron los resultados de las encuestas nacionales de salud mental que fueron realizadas en el 2003 y en el 2015, donde se encontró que el 40,1 % de la población colombiana ha padecido alguno de los 23 trastornos y/o enfermedades tomadas del DSM-IV (Ministerio de Salud; 2003). Mientras que la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015) arroja que las edades prevalentes de las personas con patologías mentales evaluadas en ese estudio alcanzó un porcentaje del 9,1% en la población adulta de 18 a 44 años de edad, en tanto que, en los adolescentes de 12 a 17 años de edad, la prevalencia de los trastornos mentales es de 7,2%. Por otro lado, Benavides, Beitia y Osorio (2016) quienes realizaron en el hospital psiquiátrico del Valle, al realizar una revisión sobre la prevalencia de la esquizofrenia en Colombia, lograron encontrar que el 1% de la población nacional padece esquizofrenia; sin embargo, los investigadores manifestaron que en la ciudad Cali, así como en otras ciudades importantes del país, la prevalencia de la esquizofrenia era del 1,5%.

Después de haber dado un estado del arte acerca de estudios realizados con cuidadores de personas con enfermedad psiquiátrica esquizofrenia, y de haber dado un panorama general sobre la prevalencia de las patologías mentales, se puede apreciar la poca abundancia de un estudio con enfoque clínico psicoanalítico que permita conocer los componentes inconscientes como las fantasías, representaciones y defensas que juegan un papel importante en la relación del cuidador con su familiar. Teniendo en cuenta los componentes inconscientes mencionados antes, la

pregunta a la que se pretendió dar respuesta en este trabajo fue “¿Cómo es la relación del cuidador con su familiar cuyo diagnóstico médico es la esquizofrenia desde la perspectiva de las relaciones objetales?”

Partiendo de la pregunta problema, el objetivo general de la investigación que se realizará es comprender la relación que han construido dos cuidadores de la ciudad Cali con sus familiares diagnosticados con esquizofrenia. Los objetivos específicos son en primer lugar, identificar las fantasías de los cuidadores sobre su familiar con esquizofrenia, en segundo lugar, se quiere identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar; y, por último, se pretende identificar la representación del cuidador sobre sí mismo y sobre el familiar con diagnóstico esquizofrenia.

La propuesta de este proyecto de investigación, nació a causa de los pocos estudios realizados desde una mirada clínica psicoanalítica que permitiera poder explorar a profundidad las maneras en que una persona que se ha encargado de cuidar a un familiar que padece un diagnóstico de esquizofrenia se relaciona con la persona a la que cuida, dado que en psicoanálisis, normalmente se pretende comprender la relación del enfermo con sus objetos internos, que generalmente son los padres. Por esta razón se consideró necesario identificar, desde una mirada clínica psicoanalítica, los contenidos psíquicos de los cuidadores que podían haber jugado un papel importante en la relación con el paciente. También se consideró que hacer una exploración de los contenidos psíquicos, es decir, las fantasías, las representaciones, y los mecanismos de defensa de las personas que cuidan a familiares con esquizofrenia, tuvo un impacto importante en la vida del cuidador, y en la vida del paciente ya que al hacerlo, el cuidador expuso los aspectos psíquicos y emocionales que juegan un papel importante en la relación con su hijo(a), y al hacerlo, se pudo llegar a comprender mejor estos aspectos con el fin

de dar al cuidador una mejor comprensión de todo lo que hay entorno a la relación con su descendiente. Además, los resultados obtenidos de este estudio, podrían ser de gran importancia para la construcción de programas para intervenir y acompañar al cuidador.

Durante la revisión del estado del arte, se pudo apreciar la gran cantidad de estudios cuantitativos y cualitativos que de alguna manera han sido importantes para tratar de establecer qué tan sobrecargado se puede sentir el cuidador, y cuáles son las fuentes de preocupación del cuidador en relación con el paciente. Sin embargo, las investigaciones cualitativas o cuantitativas realizadas previamente, no han sido tan profundas como para investigar más a fondo sobre los aspectos inconscientes que juegan su papel en la persona que ofrece cuidado, con relación a la persona con diagnóstico de esquizofrenia a la que cuida. Al ser este un trabajo cualitativo realizado desde el psicoanálisis, lo que se pretende, es precisamente indagar y comprender los aspectos inconscientes del cuidador con relación al familiar al que cuida. La mirada psicoanalítica, permitirá al investigador identificar las fantasías, mecanismos defensivos, las representaciones y su modo de operar en cada caso particular.

Desde el aspecto teórico, el trabajo de grado permitió ver el campo de las relaciones objetales desde un punto de vista distinto, ya que la revisión teórica de dicho postulado, generalmente plantea las relaciones de la diada progenitor-hijo partiendo desde las representaciones internas que este último ha construido de los objetos reales, sin embargo, al ser una investigación en la cual se entrevistó dos padres cuyos hijos fueron diagnosticados con esquizofrenia, se pudo apreciar un punto de vista distinto, es decir, se pudo apreciar las representaciones internas de los progenitores acerca de sus hijos, quienes en este caso fueron el objeto interno y sus interacciones con ellos.

Teniendo en cuenta que el objetivo general de la investigación era comprender la relación que han construido dos cuidadores de la ciudad de Cali a partir de las fantasías y las representaciones con sus familiares diagnosticados con esquizofrenia, el área desde la cual se hizo el trabajo es la psicología clínica con enfoque psicoanalítico.

Partiendo del hecho de que el trabajo se hizo desde la psicología clínica, se tuvo en cuenta que como disciplina, fue definida por el consejo general de colegios oficiales de psicólogos (2003) como un campo de aplicación de la psicología, en el que se pone en acción las teorías psicológicas y sus diversas técnicas al estudio del comportamiento humano catalogado como anómalo.

Por el lado del psicoanálisis, se entiende que es un enfoque que tiene por objeto de estudio a la mente humana y sus derivados, o dicho de otra manera, según Anna Freud (1965) el psicoanálisis tiene como finalidad el estudio de las tres instancias que componen el aparato psíquico del ser humano, que son el ello, el yo, y el superyó; de la misma manera estudia la relación que hay entre estas instancias y el mundo externo. Sin embargo, desde el punto de vista de las relaciones objetales, se puede entender que el psicoanálisis, busca dar cuenta de la manera en que las experiencias de relación con los objetos influye en el establecimiento de organizaciones intrapsíquicas que son perdurables (Oklander, J. 1997).

Después de haber dado los antecedentes que son importantes para esta investigación, después de haber planteado los objetivos que guiaran la investigación, y de dar las razones por las cuales es importante realizar este trabajo, se procede a dar el marco conceptual que compone el estudio en cuestión. La esquizofrenia según la OMS (2019 b), es una enfermedad mental, catalogada como un tipo de psicosis, caracterizada por pensamiento distorsionado, fallas en la percepción, distorsión a nivel emocional, en el lenguaje, pérdida de la consciencia de sí mismo y

alteraciones a nivel conductual. Los síntomas característicos de la esquizofrenia son: alucinaciones, ideas delirantes, conducta extravagante o desorganizada, discurso incoherente, y alteraciones a nivel emocional ya que los pacientes muestran apatía total.

La definición que da la OMS sobre la esquizofrenia, obedece al modelo médico tradicional en el cual, dicha patología es vista como una entidad nosológica que se caracteriza por unos signos y unos síntomas; aunque se vale destacar que esta forma como se define la esquizofrenia tiene su contraparte en la antipsiquiatría, ya que desde este movimiento la esquizofrenia constituye más bien una crisis dentro de un grupo de sujetos, es decir, según Cooper (1976) la esquizofrenia, más que una enfermedad del individuo, constituye un momento de crisis a nivel microsocia donde se da una invalidación tanto de los actos como de la experiencia del sujeto por parte de un grupo de personas, que se ven permeados por convencionalismos culturales y microculturales, que llevan a que el sujeto sea elegido e identificado como enfermo mental y a la vez se le da la identidad de esquizofrénico. Lo que se puede ver es que Cooper no pone algún defecto como tal sobre el sujeto, sino que pone el fracaso en el grupo social de la persona.

Lo último que resta decir sobre la esquizofrenia, es que dicha patología tiene diferentes tipos que se manifiestan de manera diferente, las cuales según Padín (2012) son; a) Paranoide: la cual se caracteriza principalmente por la presencia de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas ; b) Catatónica: caracterizada por síntomas como catalepsia, negativismo, mutismo u otros como ecolalia o ecopraxia; c) Desorganizada: que se caracteriza por comportamiento caótico del paciente, sin expresión afectiva o dicho de otro modo, afecto plano, y además no hay actuación de forma adecuada frente al mundo que le rodea; d) Indiferenciada: “Cajón de sastre” reservado para aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las tres categorías mencionadas

anteriormente. e) Residual: Ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas antes, o su aparición es de forma tenue.

Luego de haber dado una explicación de la esquizofrenia y los tipos de esta enfermedad, se pasa a dar definición sobre el cuidado, de lo cual se puede afirmar que, es una actividad llevada a cabo con el fin de preservar la vida e integridad de la persona cuidada, garantizando la satisfacción de diversas necesidades indispensables para la vida de la persona (Alvarado, 2004, P 31). Por esta razón, el hecho de cuidar a alguien, implica asistencia y protección de la integridad de la persona a cuidar, con el fin de conservar las condiciones físicas, psíquicas y sociales de quien requiere el cuidado (Barberá, 2013).

Por otra parte, cuidado desde el punto de vista del psicoanálisis según Castillo (2012), “surge para defenderse de lo amenazante externo e interno, para hacer un vínculo social que permita enfrentarlo” (p. 31). Desde esta perspectiva, se sugiere que el cuidado desde la mirada psicoanalítica, se puede entender como un papel que sirve para el control de aquello que resulta desagradable o amenazante para el sujeto, que, en este caso, es alguien totalmente desvalido, que no puede cuidar de sí mismo, lo que lo hace totalmente dependiente de terceras personas.

Por otra parte, introduciendo el tema de las relaciones objetales, es importante decir que el funcionamiento de estas, siempre se explica teniendo en cuenta a la niñez, puesto que para el psicoanálisis esta es una etapa clave, ya que es el momento en el que se establecen las relaciones del sujeto con el mundo externo y las bases del funcionamiento del aparato psíquico.

Una vez dadas las explicaciones sobre la esquizofrenia y el cuidado, se puede decir que la razón por la cual se eligió la escuela de las relaciones objetales, fue porque dicho campo permitiría llegar a una comprensión de la relación entre cuidador-padre (sujeto) y familiar-hijo

(objeto); pero además de eso, a través de dicha escuela entrará en materia con la teoría central del estudio que se realizará, que es la teoría de las relaciones objetales. La escuela de las relaciones objetales se eligió ya que esta servirá como punto de guía al investigador a la hora de comprender las relaciones del cuidador (sujeto) con el familiar o paciente (objeto), ya que al tener a la teoría de las relaciones objetales como punto central para el estudio, se puede llegar a conocer y entender las motivaciones, los sentimientos, las vivencias y las representaciones que tienden a marcar la relación del sujeto de estudio con el objeto con el que se relaciona. Dentro de las relaciones objetales se tiene a un sujeto, que en la situación analítica sería el analizando, y un objeto, que generalmente suele ser una persona del círculo del analizando. Del objeto se puede decir que clasifica en dos: externo e interno, lo que permite entender que hay un mundo interno y un mundo externo y, cuando se habla de relaciones objetales, se dice que estas se refieren a las vinculaciones externas y a las vinculaciones internas, lo cual crea los dos mundos ya mencionados.

En esta teoría se entiende que el objeto es:

“Toda cosa, persona o cualquier ente animado, inanimado o abstracto hacia los que se dirigen las pulsiones o motivaciones fundamentales, tendencias, impulsos, deseos; lo que hace de la cosa, animal, ente abstracto o persona objeto de las pulsiones” (Bofill y Tizón citado en García de la Hoz, 2000. P 129).

Con esta idea se puede apreciar que las relaciones humanas están marcadas por deseos, motivaciones o tendencias que van dirigidas hacia los objetos externos o internos. Cuando se habla de objetos externos, se hace referencia a la cosa o persona real con quienes mantenemos contacto de manera constante que es una parte de la relación objetal, además de esto, dicho objeto siempre está mediatizado por las representaciones o procesamientos internos que se

tengan de él. Por objeto interno se hace referencia a: Sedimento de vivencias y representaciones mentales que produce en nosotros el conjunto de nuestras relaciones con un objeto externo o una parte de ellos: al conjunto de ansiedades, sentimientos, ideas, recuerdos, etc., con los que nos lo representamos. Ibíd (como se citó en García de la Hoz, 2000) planteó que el objeto interno es una representación del objeto externo y, como toda representación mental, estará afectado por lo que transferimos sobre el objeto.

Al hablar de la teoría de las relaciones objetales, se hace muy necesario tener en cuenta el concepto de Self, ya que este es el que establece la relación con el objeto, y es lo que está constituido como un todo, es decir, representa todo el conjunto de conocimientos, sentimientos y experiencias de la persona misma (Carvajal, 1993). Esto hace que el Self se entienda como el conjunto que encierra la personalidad de cada individuo. Sin embargo, en los primeros meses de vida no es así; ya que los bebés, según Martínez (2014), no diferencian el Self propio del Self del otro, es decir, no distingue la otredad porque no pueden concebirse a sí mismos, es decir, no hay una diferenciación entre el self y el objeto, por lo tanto, ambos se asumen como una misma unidad indistinta para el bebé. En cambio, en el adulto, se asume que el Self está integrado y diferenciado del objeto, se distinguen las capacidades o cualidades pertenecientes a la persona misma de las capacidades o cualidades pertenecientes al objeto; dicho de otro modo, el Self hace consciencia de las capacidades propias y las integra a sí mismo (Carvajal, 1993).

Dada la explicación de las relaciones objetales, se procede hablar del concepto de fantasía, que tiene gran relevancia dentro del psicoanálisis, ya que se puede entender, de acuerdo a Segal (2003), que la fantasía es un mecanismo psíquico por el cual se manifiestan los derivados del inconsciente, que son material de análisis muy importante en el trabajo psicoanalítico. Sin embargo, el concepto de fantasía fue planteado por Freud (1986) en cartas que él le envió a

Wilhelm Fließ, que era colega suyo, entre los años 1887 y 1904, donde Freud expresaba a Fließ que la fantasía acontece por la conjunción de escenas vividas con lo oído; sin embargo, Freud le expresó a su colega que en la fantasía ocurrir una desfiguración del recuerdo, y el fragmento de la escena vivida se une, en la fantasía, con la escena oída.

Otros ensayos en los que Freud habla sobre la fantasía, son: mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis (1906 [1905]), en el que Freud (1992 a) dice que las fantasías se construyen partiendo de recuerdos infantiles y por otro, de la trasposición en síntomas. Otra obra en la que se hace mención de las fantasías es en tres ensayos de teoría sexual (1905); el creador literario y el fantaseo (1908 [1907]); las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad (1908); etc. En el primer ensayo mencionado, Freud (1992b) dice que la fantasía oscila entre tres tiempos que según él:

El trabajo anímico se anuda a una impresión actual, a una ocasión del presente que fue capaz de despertar los grandes deseos de la persona; desde ahí se remonta al recuerdo de una vivencia anterior, infantil las más de las veces, en que aquel deseo se cumplía, y entonces crea una situación referida al futuro, que se figura como el cumplimiento de ese deseo, justamente el sueño diurno o la fantasía, en que van impresas las huellas de su origen en la ocasión y en el recuerdo (P. 130).

En la “introducción a la obra de Melanie Klein”, Segal (2003) inició hablando sobre la fantasía con el fin de aclarar algunas ideas erróneas que rondaban sobre ello en su época, pues según ella, en su momento se pensó que la descripción freudiana sobre la mente era muy antropomórfica, seguramente haciendo referencia a los modelos que Freud propone acerca de la mente. Sin embargo, Freud citado por Segal (2003) describe, por ejemplo, al superyó, no estaba queriendo decir que el inconsciente contiene a un hombrecito interno, sino que es una de nuestras

fantasías inconscientes; aunque hay que aclarar que Freud nunca se refirió al superyó como una fantasía, sino más bien, se refiere a este como una parte de la personalidad debida a una introyección (en la fantasía) de una figura parental.

Cuando Segal habla sobre la fantasía en la introducción a la obra de Klein, pone de manifiesto dos planteamientos; uno donde la fantasía es vista como un cumplimiento de deseos y el otro donde la fantasía funciona como un mecanismo para defenderse de la realidad externa e incluso de la interna. Dicho de esta manera, se puede notar que hay relación con el planteamiento Freudiano de la fantasía, pues del ensayo citado anteriormente, se puede entender que para Freud (1992 b), la fantasía surge ante la imposibilidad que tiene el sujeto de satisfacer sus deseos en plano real. Antes de entrar en materia, debe quedar claro que las fantasías inconscientes son un proceso natural en el ser humano, lo que quiere decir que están presentes y activas en los seres humanos, y al tiempo, significa que su presencia no quiere decir que haya enfermedad ni pérdida del sentido de realidad (Segal, 2003).

La fantasía inconsciente es “la expresión mental de los instintos y por consiguiente existe, como éstos, desde el comienzo de la vida” (Klein citada en Segal, 2003. P 20). Se sabe que los instintos van dirigidos a objetos, pues nuestros instintos buscan hacia dónde dirigir su energía, por esta razón, se puede decir que hay una organización mental que permite o facilita que cada instinto tenga su fantasía correspondiente; un ejemplo es que para el deseo de comer existe la fantasía de algo que se puede ingerir y por lo tanto, satisface el deseo de comer.

De acuerdo a lo que se puede ver en la obra de Klein, según Segal (2003), la fantasía no es algo que opere de manera solitaria, de hecho, va muy ligada a la realidad del ambiente en el que se desenvuelve el sujeto, por ello se afirma que la relación de la fantasía con la realidad va en doble sentido; dicho de otro modo, las fantasías impactan de manera significativa en la

realidad del sujeto, de la misma forma en que la realidad impacta en las fantasías. En el primer caso, la fantasía hace que la realidad sea percibida de una u otra manera, ya sea buena o mala; por ejemplo, cuando un bebé deja de recibir la gratificación necesaria de alimentación por parte de la madre y esta luego decide darle pecho, la reacción del bebé es rechazar el pecho y apartarse de él. En este caso, según Segal (2003. p.20) el bebé pudo tener por fantasía que ha atacado y destruido el pecho, pues al no recibir gratificación el pecho es fantaseado como un objeto malo y perseguidor del cual tiene que defenderse.

La otra vía es cuando la realidad impacta en la fantasía inconsciente, donde se aprecia que la realidad es vivida y además incorporada, lo cual hace que ejerza una influencia significativa en la fantasía inconsciente.

Hasta aquí hemos visto a la fantasía como la expresión mental de los instintos y, se ha podido vislumbrar la importancia de las relaciones objetales, además de la importancia que tiene la fantasía en la realidad y viceversa. El otro planteamiento del que habla Segal (2003), dice que la fantasía funciona como una defensa contra el ambiente externo, de lo cual se puede decir que dicho proceso (fantasía) opera como una defensa contra la realidad externa de la privación e incluso contra la misma realidad interna del sujeto. Como se puede apreciar, esta perspectiva va en la misma línea de Freud (1992 b) quien manifiesta que la fantasía, se puede expresar mediante el juego en el análisis infantil o, mediante el fantaseo en el adulto. Aunque la fantasía sirve como un medio para defenderse de aspectos desagradables del mundo real externo y del interno, hay que aclarar que esta no es un mecanismo de defensa propiamente dicho, sino que es un proceso psíquico; aunque Segal (2003), plantea que la fantasía tiene relación con los mecanismos de defensa, sobre todo con los mecanismos de proyección e introyección, aunque también es muy común el mecanismo de la escisión.

Lo que se puede ver a simple vista, es que tanto Freud como Klein, según Segal (2003), están de acuerdo en que la fantasía como proceso psíquico, cumple la función de devolver al sujeto la homeostasis que se ve perturbada por la sensación de frustración, la cual es generada por deseos insatisfechos. Pese a este acuerdo, cuando Segal hace su exposición de la fantasía en la obra de Klein, permite ver la amplitud que hace ella sobre este concepto, pues lo que se puede afirmar es, que en la línea kleiniana, la fantasía no solamente va en función de reequilibrar el aparato psíquico que se ve molestado por la frustración ante la realidad, sino que, además, hay muchas ocasiones en las que el sujeto, por medio de la fantasía, busca mantener intactos a sus objetos internos. Otro modo en que opera la fantasía como defensa, es cuando una antepone a otra que hay de fondo, es decir, fantasía contra fantasía, siendo un caso típico, la aparición de “fantasías maniacas, cuya finalidad principal es impedir que aparezcan subyacentes fantasías depresivas” (Segal; 2003. P 23).

Otro punto de vista, un poco más corto, es el que ofrece Winnicott cuando habla del mecanismo de disociación esquizoide, aunque debe quedar claro que la fantasía no aplica para la disociación esquizoide sino el fantaseo; por eso en ese apartado sobre los aportes de Winnicott (1993) a la psicopatología psicoanalítica, dicho autor dice que la fantasía es un estado integrado donde hay conexión del mundo interno del sujeto (puede ser niño o adulto) con la realidad y también con los objetos y deseos de ese mundo interno, es, además un espacio secuencial y temporal. Además, la fantasía tiene bastante contenido simbólico lo cual hace que la labor de análisis sea un poco más fluida, también al estar anclada al deseo inconsciente, sirve como proveedora de libido y se modifica a lo largo de la vida.

Por otro lado, también hay mucha relación de la fantasía con la represión, pues al haber deseos reprimidos, la fantasía consciente hace su aparición; también hay que agregar que, al

tener conexión con el mundo interno y el externo, hay mayor cercanía con los fenómenos transicionales, el individuo es consciente de su refugio en la fantasía, en la cual según Winnicott (1993), el individuo planea, proyecta y elige, dando así las bases para el juego.

Después de haber dado una explicación sobre el concepto de la fantasía, se procede a dar una explicación acerca de los mecanismos de defensa, ya que en el marco del estudio es importante conocer los distintos mecanismos de defensa que entran en juego en el cuidador. En la teoría psicoanalítica, el término defensa se utilizó por primera vez en 1894, que fue el año en que Freud realizó el estudio sobre las neuropsicosis de defensa, en el que Freud explica el génesis de la histeria y de la neurosis obsesiva. En este ensayo, Freud permitió ver que la tarea de análisis con sus pacientes era buena, los pacientes de Freud gozaban de buena salud psíquica hasta que aparecía en escena alguna representación que resultaba inconciliable para los pacientes, o una vivencia cuyo afecto era tan penoso que ellos preferían olvidarlo; no obstante, generalmente dicha labor de olvidar es prácticamente imposible, pues según Freud (1991):

La tarea que el yo defensor se impone, tratar como «non arrivéé» {«no acontecida») la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. (p. 50).

Dada la imposibilidad de extirpar la huella mnémica y el afecto adherido a la representación que resulta perturbadora para el yo, la solución aproximada equivale a reducir la intensidad del afecto plasmado en la representación, o puesto en palabras del mismo Freud, la tarea de ese yo defensor consistirá en debilitar la representación, por lo cual el yo buscará arrancarle o restarle afecto a esa representación (Freud, 1991). Teniendo en cuenta esto, se puede decir que los mecanismos de defensa son aquellas herramientas inconscientes que son usadas por

el yo para mantener a raya cualquier sentimiento o idea que resulte desagradable a la consciencia (Baekeland, s.f).

Con lo poco que se ha visto sobre la palabra defensa desde el psicoanálisis, se puede citar a Anna Freud (1965), quien en su libro “el yo y los mecanismos de defensa” dice que estos mecanismos, son utilizados por el yo en momentos de conflicto contra los impulsos provenientes del ello. Además de citar dicha definición, dice que hay diez mecanismos defensivos básicos que son: represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario, y finalmente la sublimación o desplazamiento del objeto instintivo.

Pradas (2019) ofrece un complemento a esta lista de mecanismos de defensa que propone A. Freud en su obra, lo cual permite entender las características de cada mecanismo defensivo, definiendo a la represión como un mecanismo mediante el cual una idea o impulso que resulta inaceptable para la consciencia es apartado en el inconsciente. De la regresión Pradas (2019) dice que es un proceso de retorno a formas de funcionamiento psíquico anteriores a la etapa presente del sujeto; de la formación reactiva dice que el deseo desagradable se reemplaza por un acto opuesto; en la introyección el sujeto interioriza aspectos externos; la proyección se caracteriza por poner aspectos de sí mismo en el mundo externo; de la sublimación, que es el único mecanismo que no es de carácter patológico, es un proceso de redirección de los instintos o deseos hacia actividades socialmente aceptables; del mecanismo de *aislamiento*, dice que es un proceso en el que se aparta algún pensamiento, causando una ruptura de conexiones con vivencias evitando la formación de alguna experiencia significativa. En el desplazamiento, las emociones son redirigidas hacia otro objeto por causa de algún evento. Pradas (2019) dice que *la vuelta contra sí mismo y la transformación en lo contrario*, parten de la premisa de que los

instintos pueden experimentar una transformación, como, por ejemplo, sadismo-masoquismo y voyeurismo-exhibicionismo.

Mientras que Sigmund y A. Freud, se encargaron de definir la función de la defensa y plantear una lista de ellos, Kernberg se encargó de clasificar los mecanismos de defensa de acuerdo a la estructura de la persona. Según Kernberg (1987) los mecanismos de defensa se clasifican en mecanismos de alto nivel, que según él son la represión, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación, la racionalización y la intelectualización y su función es proteger al paciente del conflicto intrapsíquico; mientras que las defensas de bajo nivel son: la escisión, la idealización primitiva, la identificación proyectiva, la negación, la omnipotencia y la devaluación; y su función es proteger al paciente de la desintegración y de la fusión del sí mismo.

Por último, está el concepto de representación, el cual juega un papel muy importante dentro de las relaciones objetales del psicoanálisis, ya que el objeto con el que se relaciona el sujeto de análisis, está enmarcado por un conjunto de representaciones que son las que terminan constituyendo el objeto interno. Dicho concepto de representación se usó desde Freud, que en sus primeros estudios sobre el aparato psíquico, propuso el modelo del arco reflejo, donde, se explicó a manera de ejemplo de Freud (como se citó en Gedo y Goldberg, 1980), el sujeto o la persona en su estado de organización más primario vive con gran impacto las experiencias de gratificación y frustración. Todo lo referente a la representación, de acuerdo a lo que dice en Pérez (2006), inicia con la percepción de un objeto externo, el cual va ligado a la satisfacción de necesidades, por ejemplo, del bebé; dicha función de satisfacer las necesidades tiene como finalidad reducir la tensión que se genera al interior del aparato psíquico por causa de los instintos que en ese momento entran en acción. En este caso, es fundamental la intervención de

un objeto auxiliar que proviene del exterior, el cual promueve la acción específica de satisfacer dicho estímulo, en el caso más común es, satisfacer el deseo de recibir alimento por parte del pecho materno.

Lo anterior hace alusión a un modelo de representación que es económico para el aparato psíquico que, además, es un modelo asociativo ya que según Pérez (2006) las representaciones se entienden como “un conjunto de asociaciones de percepciones que se tienen del objeto o de la palabra” (p. 230). Esto permite entender que las representaciones funcionan como una cadena, que están unidas, y es eso lo que hace que adquieran significado para la persona; sin embargo para que la representación adquiera un significado, se necesita de la pulsión², ya que según Freud citado en Pérez (2006), la impresión sensorial adquiere una connotación solamente cuando esta se liga a la pulsión, pues si ello no sucediera, lo que se percibe no dejaría de ser simplemente un objeto externo, mientras que la pulsión no hallaría un objeto al cual destinarse.

Lo planteado sobre representación, suele hacer referencia a los objetos externos representados internamente, sin embargo, los sujetos también pueden auto representarse de acuerdo a las relaciones que sostienen con las personas de su ambiente. Dichas auto representaciones se conocen como autoimágenes narcisistas, que según Kancyper (2002), funcionan como simbolismos que se encargan de representar al “sentimiento de sí”, de la propia dignidad. Si bien es cierto que Kancyper utilizó el término de autoimagen narcisista en medio de un proceso de análisis de adolescentes, estas autoimágenes o representaciones narcisistas son operativas de manera continua, lo que significa que no son exclusivas de la adolescencia si no

² La palabra en Aleman es “Trieb” que en algunos textos es traducida como instinto, en otros es impulso y en otros casos se le traduce como pulsión. Cuando Freud (1992 c) habla de la pulsión, dice que “nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (P. 117).

que pueden operar en la adultez. Dichas autoimágenes tienen una gran incidencia en la relación del sujeto consigo mismo, con el otro y con el contexto en general.

Método.

Tipo de estudio y diseño.

El enfoque escogido para realizar la investigación fue el cualitativo, que se define como un método de investigación desde el cual se pretende llegar al entendimiento de un fenómeno, donde el investigador tiene un rol personal más activo, y partiendo del entendimiento de ese fenómeno se construye un conocimiento (Cuevas, 2002). El enfoque cualitativo es el más apropiado para este trabajo de investigación, ya que se pretende lograr con este estudio es la comprensión de un fenómeno, que la relación de un grupo de cuidadores con familiares que padecen la esquizofrenia, es decir, que lo que se quiere hacer por medio de este estudio es entender el modo en que los cuidadores se relacionan con pacientes a partir de la enfermedad.

El trabajo de investigación tuvo un diseño de estudio de caso, el cual es, según Yin citado en Jiménez y Comet (2016) una investigación empírica que se encarga del estudio de un fenómeno contemporáneo dentro del contexto real. Este método de investigación es utilizado en momentos donde no hay claridad entre el fenómeno que será objeto de estudio y, el contexto en que se presenta el fenómeno (Yacuzzi, 2005). Por otro lado, teniendo en cuenta la definición que hace Nasio (2000) sobre el caso, se puede afirmar que el estudio de caso es en sí mismo, el estudio de un relato sobre una experiencia particular con un sujeto, que sirve para la innovación teórica, que, desde el psicoanálisis, se caracteriza por la presentación de síntomas del analizando, que en este caso fueron participantes entrevistados. Aunque en este trabajo no fue posible realizar una innovación teórica de la escuela de las relaciones objetales del psicoanálisis, sí se puede decir que, fue posible aplicar la teoría de las relaciones objetales para entender la relación desde el punto de vista subjetivo del cuidador.

Participantes.

La investigación se llevó a cabo con dos participantes, quienes además eran cuidadores primarios de sus familiares con diagnóstico de esquizofrenia. Los familiares de los participantes son pacientes de una IPS de salud mental con sedes en el sur de la ciudad de Cali. Los criterios de inclusión para el estudio fueron: personas mayores de 18 años, ser el familiar encargado del cuidado primario, el familiar debe tener diagnóstico de esquizofrenia de mínimo cinco años, de igual manera el entrevistado debe tener mínimo un año a cargo del cuidado del paciente. Los criterios de exclusión son: cuidadores que tengan formación en cualquier área de la salud, personas que hayan participado en algún programa de ayuda al cuidador los últimos 3 meses.

Instrumento de recolección.

La técnica de recolección que se utilizó en esta investigación, fue la entrevista en profundidad, que es una técnica de investigación que permite al investigador adentrarse en el mundo del entrevistado para indagar sobre las percepciones de su vida, experiencias o situaciones; sin embargo, la característica más importante de la entrevista en profundidad, es que como método de recolección no existen preguntas cerradas, sino que hay un tema sobre el cual se quiere indagar, y por medio de preguntas emergentes el entrevistador rastrea la información más relevante (Robles, 2011).

Teniendo en cuenta lo anterior, la entrevista en profundidad permitió al investigador conocer las experiencias propias de cada participante con un familiar con esquizofrenia, las fantasías que han tenido desde que el paciente empezó en el proceso de la enfermedad, además permitió dar cuenta de los significados de su experiencia como cuidadores durante el tiempo que se han encargo de su familiar.

Técnica de análisis.

Como técnica para el análisis de la información recabada por el investigador, se utilizó el análisis temático que según Mieles et al. (2012) permite al investigador organizar la información y analizarla detalladamente, partiendo de una lectura adecuada de los datos recogidos para que posteriormente se pueda realizar una interpretación que se ajuste al fenómeno en cuestión. En este trabajo el análisis temático permitió al investigador clasificar la información de acuerdo a las categorías planteadas, y analizar los datos de acuerdo a cada categoría, lo cual permitió una adecuada comprensión a las relaciones de los padres cuidadores con sus hijos diagnosticados con esquizofrenia. El análisis de la información se realizó mediante el uso de matrices de categorización que permitieron organizar los datos de acuerdo a las categorías analizadas.

Procedimiento.

-Lo primero que se llevó a cabo fue la revisión de la entrevista por parte de dos jueces expertos en psicoanálisis.

-Una vez que se realizó la validación por parte de los jueces, se hicieron los ajustes pertinentes para la entrevista, se hizo la organización del instrumento por categoría abordada, de tal manera que el investigador tuviera mayor facilidad a la hora de clasificar la información.

-Después de haber realizado los ajustes recomendados por los jueces, se llevó a cabo la aplicación de la prueba piloto, que consistió en unas fases donde en primer lugar se contactó a la persona que participó de las entrevistas de la prueba, luego de haber contactado al voluntario se dio paso a la fase de las entrevistas donde inicialmente se hizo la firma del consentimiento informado, y luego se procedió a aplicar el instrumento. Esta fase se llevó a cabo en tres encuentros que tuvieron una duración de cuarenta minutos aproximadamente, en los cuales se abordaron las tres categorías que se plantearon.

-En el primer encuentro de la prueba piloto se le dio mucha importancia a la fantasía del cuidador con relación a su familiar, donde se pudo identificar la fantasía como manifestación de los instintos.

-Luego se llevó a cabo el segundo encuentro donde se hizo un abordaje más profundo de la categoría de los mecanismos de defensa, donde se hizo más evidente la negación frente a la situación del familiar.

-En el último encuentro se llevó a cabo el abordaje de la categoría de la representación, donde también se pudieron hallar elementos de la representación del sí mismo del cuidador con relación a su familiar.

-La última fase de la prueba piloto consistió en la interpretación de la información recolectada, aplicación de ajustes en el instrumento, y la redacción del informe de dicha prueba (Anexo 1 de la entrevista actualizada).

-Después del proceso de la prueba piloto, se procedió a conseguir la entidad con la cual se hizo la alianza para realizar la investigación, después se procedió a organizar una reunión con la directora de la organización que permitió la realización del estudio, con el fin de exponerle sobre la investigación, y posterior a eso se hizo la firma del contrato de confidencialidad (Anexo 5).

-Después de haber realizado los trámites necesarios con la clínica, se realizaron llamadas para contactar a los participantes, que en un principio eran tres, pero finalmente solo se pudo concretar encuentros con dos padres de familia que cuidan a hijos con diagnóstico de esquizofrenia. El contacto inicial con los participantes se dio a través del médico tratante.

-En el primer encuentro que se tuvo con cada participante, se inició haciendo la lectura y la firma del consentimiento informado (anexo 3). además de que se hizo el acuerdo respecto a los demás encuentros, a cada participante se le realizó tres entrevistas, cada entrevista se llevó a

cabo en un centro médico especializado en atención a pacientes con enfermedad mental, y tuvo una duración de entre unos cuarenta minutos a una hora aproximadamente.

-Posterior a la recolección de datos, se hizo el análisis de la información recolectada, para lo cual se hizo la respectiva clasificación de los datos recogidos mediante el uso de matrices de datos que permitieran organizar la información, haciendo uso de la técnica de análisis temático de la información, y después se hizo la interpretación de los datos recolectados.

Consideraciones éticas.

De la presente investigación realizada, se puede decir que cumplió con el marco normativo que rige dicho ejercicio, por lo que el estudio se realizó teniendo en cuenta la resolución n° 008430 de 1993 del ministerio de salud en la que se expone todas las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud con seres humanos a nivel nacional, donde se aplicó todas las consideraciones del consentimiento informado, se hizo contacto con la representante de la clínica, y se hicieron los trámites respectivos para la autorización de la aplicación del estudio en las instalaciones de la clínica. También estuvo orientado por las consideraciones éticas del manual deontológico y bioético de psicología y también la ley 1090 del 2006 que es la encargada de regular la práctica profesional en psicología, mediante la cual se garantizó el mayor grado de confidencialidad a la hora de presentar los resultados y también se buscó asegurar el bienestar de los participantes de la investigación. De igual manera se tuvo en cuenta los derechos de los participantes a conocer los resultados del estudio y se hizo la firma del consentimiento informado.

El principal riesgo que conllevó la investigación fue principalmente el desarrollo o la manifestación de crisis emocionales por parte de los participantes, en cuyo caso se abriría el

espacio para hacer manejo de dicha situación, no obstante, los participantes no llegaron hasta ese punto durante la investigación.

Resultados.

A continuación se presentarán los resultados de las entrevistas realizadas, los cuales se presentaran individualmente, es decir, por individuo, y también se presentan en función de las categorías de análisis tratadas en cada una; dando inicio a las sesiones de entrevistas con las relaciones de los padres cuidadores con sus respectivos hijos diagnosticados con esquizofrenia, y las fantasías inconscientes del cuidador. En el segundo encuentro se abordó la categoría de los mecanismos de defensa del cuidador con respecto a la situación de su hijo(a), mientras que en la última reunión con cada padre cuidador, se trató la representación que construyó cada uno de ellos sobre su hijo(a) a partir de la enfermedad, y salió a la luz la representación que los participantes adquirieron sobre sí mismos con relación a su descendiente al que cuidaban hasta ese momento.

Para dar una mayor claridad sobre las categorías, se hizo la construcción de tablas de resultados, las cuales se aprecian en el apartado de anexos (anexo 6). Donde se hace un análisis temático por cada categoría y por cada participante.

Caso 1: Carlos.

Edad: 70 años.

Nivel educativo: Pregrado en contaduría.

Estrato socioeconómico: 4.

Ocupación: Cuidador de tiempo completo.

Actividades de recreación: Sale con amigos los fines de semana.

Nombre del paciente al que cuida: Alexander.

Parentesco: Hijo.

Tiempo a cargo del cuidado de Alexander: 20 años.

Diagnóstico de Alexander: Esquizofrenia paranoide.

El primer participante cuyo nombre asignado fue Carlos, es un señor de 70 años de edad, al momento en que se realizaron las entrevistas con él, refirió que vivía con su hijo y su esposa en la ciudad de Cali hace más de 20 años, tiene dos hijos de los cuales uno vive en su respectivo hogar, y el otro hijo quien es el que vive con él, es el paciente del cual Carlos se ha encargado de cuidar desde que fue diagnosticado con esquizofrenia. Para la entrevista, al hijo del participante se le asignó el nombre de Alexander, quien fue oficialmente diagnosticado con esquizofrenia hace más de 20 años en Cali, aunque Carlos no fue muy específico con el tipo de esquizofrenia que se le diagnosticó a Alexander, sin embargo, los síntomas que Carlos describió son propios de una esquizofrenia paranoide.

Encuentro 1: Fantasía.

Objetivo: Identificar las fantasías de los cuidadores sobre su hijo(a) con esquizofrenia.

Don Carlos llegó puntual al primer encuentro que tuvimos, se mostró siempre muy dispuesto y de buen humor durante toda la primera sesión, la cual estuvo más dirigida a indagar sobre los primeros indicios que dio Alexander sobre la esquizofrenia que padece actualmente. El origen de la enfermedad de Alexander, según el entrevistado, data desde un evento de agresión física contra de su hijo en la ciudad de Nueva York en los Estados Unidos que era donde residían en aquel momento. Para ser más concreto, Carlos contó que su hijo fue agredido con golpes y objetos contundentes, como bates de beisbol, por una pandilla de dicha ciudad, y que en el momento en que recibió la llamada del hospital donde atendieron a Alexander, él se encontraba atendiendo a una hermana que había llegado procedente de España, y según Carlos, del hospital le dijeron que habían hallado a su hijo tirado en una autopista.

De acuerdo a lo que dijo Carlos, su hijo estuvo hospitalizado nueve días, luego de haber salido del hospital todo marchaba bien con el paciente, hasta que en un momento determinado el entrevistado empezó a notar situaciones extrañas como por ejemplo, el comportamiento:

“Él estuvo nueve días hospitalizado, salió y todo, y todo marchaba normalmente hasta que empecé a ver situaciones un poco anómalas, como que es muy belicoso con los vecinos, hasta que un día hubo un problema un poco delicado y es que las personas que viven en el tercer piso, y entonces él en un momento dado había cogido un cuchillo y se fue allá a decir que por qué hacían tanta bulla”.

Algo resultó llamativo es que poco después de relatar dicha situación, el entrevistado se refirió al hecho de agresión contra su hijo como un accidente, sin embargo, en ese momento no hice énfasis en dicho término, sino que permití que Carlos continuará narrando lo sucedido, a lo cual él contó que ante dicha situación tuvo que llamar a bomberos para poder llevar a Alexander a una clínica psiquiátrica.

Aproximadamente hacia los seis u ocho meses después del evento de agresión, Alexander empezó a manifestar comportamientos extraños o de ira descontrolada como se mencionó antes, dando cumplimiento a lo que el especialista le explicó a Carlos que iba a suceder con su hijo, pues de acuerdo a su relato, el psiquiatra le comentó lo siguiente: *“vea, a su hijo le van a pasar varias cosas, él va a tener comportamientos más extraños como desnudarse y salirse a la calle, va a ver cosas, de golpe va a tener alucinaciones y es posible que le aparezca también epilepsia, eso más o menos en seis meses”*. Tiempo después de esta reunión con el psiquiatra, el participante se decidió por tratar de iniciar un proceso contra la ciudad de New York a causa de la poca investigación judicial por el caso de violencia contra su hijo, hecho que no prosperó, intento obtener permiso de permanencia en Estados Unidos con su familia, pero este le fue negado, y por esta razón tuvo que regresarse para Colombia. Las experiencias en este sentido pueden verse condensadas en la situación de los sueños en los que Carlos se ha visto sosteniendo peleas en las que no ha tenido resultados favorables a él (ver tabla 1).

Tal como se puede apreciar, en un primer momento la primera entrevista fue guiada por Carlos hacia su experiencia cuando vivía en USA, sin embargo, poco a poco se fue llevando la conversación hacia el tema en concreto que era su experiencia y sentimiento en su rol de cuidador, sobre todo en los momentos en que Alexander manifestaba síntomas o comportamientos propios de la esquizofrenia. En este punto vale destacar que Carlos no dio asociación de sentimiento o pensamiento fuera de lo racional con respecto a los síntomas de Alexander:

E: ¿cuantos años tenía él cuando le dieron el dx de esquizofrenia?

C: creo que fue aquí en Cali en mente sana, eso fue aquí hace 20 años, más o menos ese tiempo llevamos nosotros acá... Bueno, el total es que nos regresamos para acá y resulta

que él empezó, ya cuando estábamos en tratamiento acá, empezó primero, a ir a regalar las cosas que había traído de EE.UU., cosas que ni siquiera había usado, zapatos, ropa, en fin hasta costosas, yo “pero ¿por qué regalas las cosas?” y me dice “yo sé que lo tengo que hacer porque la única manera en que descanse yo es dándole a alguien pobre” y regalaba las cosas. Posteriormente, ya una vez sí me llamó la policía y me dice “vea es que aquí tenemos a su hijo” y yo “¿qué le pasa?” en una comisaría por acá abajo; y me dice “es que lo encontramos desnudo, mejor dicho, iba caminando, se para en el parque, donde hay mucha gente, y se bajó los pantalones y se quedó mostrando su miembro a todo el mundo”.

E: ¿y en ese momento usted qué pensamiento tuvo?

C: No yo inmediatamente dije, pues producto de la enfermedad ¿no? Por culpa de su situación psiquiátrica.

Pese a que el participante había hecho una racionalización sobre los pensamientos que tenía sobre los comportamientos como el desnudarse en público, él empezó a relatar que empezó a tener momentos en los que se vio amenazado, algo que me indicó que muy probablemente una parte de Carlos veía a su hijo como objeto amenazante:

E: y entonces ¿él le decía como por qué no se tomaba los medicamentos?

C: a ver.

E: O sea, usted lo confrontaba o le decía por qué.

C: sí, yo lo confronté, lo regañé, lo grité, lo esto, y lo amenacé seguramente, pero entonces ya posteriormente me dijeron “no, usted no puede estar en esa actitud de estar contra él, porque es una enfermedad ¿sí ve?” ahí dije, yo dije “tiene toda la razón, es su enfermedad y hay que entender” porque ahí sí fue que me dijeron “cualquier cosa

anómala tiene que informarla, eso es lo que tiene que hacer”.

E: y en ese momento en que usted lo confrontaba ¿él qué le manifestaba?

C: No, pues beligerante conmigo y todo pero, pero, en esa época todavía él me hacía caso, o sea, veía mí, cómo se dice, padre, veía mí, se me escapa la palabra, o sea que yo soy el papá de él y él tiene que hacerme caso porque soy su padre, cosa que empezó a desaparecer...yo dije “donde este hombre me golpee, porque él es muy fuerte y grande, entonces me puede dañar o matar simplemente” ahí sí empezaron algunas situaciones a sufrir yo un poco porque yo no podía dormir bien de noche, pensando “¿a qué hora este señor se me levanta con alguna cosa y bueno, pensaba verlo con un cuchillo”, pensaba mil cosas.

Del relato anterior, se pudo apreciar que también hay un elemento de la representación de Carlo sobre sí mismo, y es que una parte de él se ha visto a sí mismo como una figura de mando frente a Alexander, ya que en un principio Carlos trató de persuadir a su hijo mediante argumentos de autoridad, sin embargo dicha premisa de hacerle caso por ser el padre fue desapareciendo gradualmente.

Algo que pareció llamativo es que más adelante, en este mismo relato, el entrevistado cita una historia que había visto en USA, que se trataba precisamente de una persona con esquizofrenia que según la historia que narró Carlos, esta persona en medio de sus crisis acudía a edificios o lugares altos y amenazaba con tirarse, sin embargo, lo que más pareció asociar con la situación de su hijo, fue el siguiente hecho que contó:

C: y más que hay algo sobre esta enfermedad de la esquizofrenia donde inclusive, vi una historia que pasó en EEUU con una familia Colombiana donde el hijo era esquizofrénico, los padres lo tenían muy bien, esto y lo otro y el recaía disque se subía a

esos edificios de Manhattan y amenazaba con tirarse, pero un día, ellos se fueron a una fiesta, sus padres, y el muchacho disque se quedó allá y cuando llegaron él los recibió a tiros y los mató...todo eso lo pensé “¿en qué momento este señor va a tomar alguna medida contra mí?” y en muchas oportunidades me amenazó tanto que tenía que llamar policía y traerlo otra vez aquí (mente sana) en varias ocasiones esposado.

Lo que se pudo concluir de este primer encuentro con Carlos, es que dentro de él hay una sensación de angustia y sufrimiento por la enfermedad de su hijo, por la creencia de que un paciente con esquizofrenia es peligroso, violento y que por lo tanto puede causar daño a las personas que le rodean, sin embargo, las veces en se le preguntó sobre los sentimientos o pensamientos acerca de lo que Alexander manifestaba en medio de sus crisis, Carlos simplemente respondía de forma racional, posiblemente tratando de encubrir el sufrimiento real dentro de él. Esto ha hecho que la relación entre el participante y su hijo sea de un “sube y baja”, es decir, no se trata de una relación estable como tal, lo cual hace referencia a una relación que ha estado marcada por los momentos del paciente, donde puede tratarse de un periodo de estabilidad en la relación cuando Alexander se encontraba controlado, o un periodo tenso cuando Alexander ha abandonado el tratamiento y desarrollado crisis.

La otra conclusión del primer encuentro, fue que al surgir la idea de una eventual muerte causada por un golpe del hijo, esta resulta ser vista por Carlos como una manera de alcanzar el descanso que de alguna manera él mismo ha anhelado. Dicha idea se ha concebido desde el momento en que Carlos tuvo que asumir la responsabilidad total del cuidado de su hijo Alexander, y fue un pensamiento que el mismo participante lo retomo en las entrevistas posteriores.

Encuentro dos: Representación.

Objetivo: identificar la representación del cuidador sobre sí mismo y sobre el familiar con diagnóstico esquizofrenia.

Teniendo en cuenta que el objetivo era identificar la representación del cuidador sobre sí mismo y sobre el familiar con diagnóstico esquizofrenia, como se podrá apreciar a continuación, la forma en que Carlos se representó a sí mismo en este encuentro, fue como alguien derrotado frente a la realidad, que solo tiene que aceptar que la situación de su hijo lo ha derrotado y solo debe hacer frente a ello; mientras que por otro lado, se encontró que Carlos suele representar a Alexander como un objeto que se puede convertir en un peligro para la vida del cuidador y de él mismo, es decir, Alexander.

Pese a que la categoría principal de este encuentro era la representación, fue necesario empezar indagando sobre la fantasía, dado que en el primer encuentro no fue posible abordarla por completo. También se puede decir que la segunda entrevista con Carlos estuvo marcada por momentos de quebranto emocional, pues en varios pasajes, él narró varios momentos en los que ha tenido sufrimiento a causa de la situación de su hijo, aunque el entrevistado en un principio expresó que con el paso de los años había adquirido mejor manejo ante las crisis del paciente, el dolor emocional por ello realmente no desaparece; el otro aspecto que surgió desde el inicio de la segunda entrevista, fue la idea de la muerte como un descanso dado por Alexander, sin embargo, dicha idea surgió de la mano con un mensaje que podría interpretarse como amenazante hacia Alexander.

El segundo encuentro tuvo que ser aplazado varias veces por compromisos del participante, sin embargo se logró llevar a cabo sin problemas, Cuando se pudo concretar dicho

encuentro Carlos llegó puntual y con buen humor como la primera vez, al principio de la segunda sesión todo marchaba bien, las primeras preguntas se hicieron retomando lo que se había hablado en la sesión anterior respecto a la percepción sobre Alexander y su enfermedad, donde el participante reafirmaba que en ciertos momentos se sentía peligrando, pero a la vez volvió a aparecer la idea de la muerte a manos del hijo como un descanso, y también relató algunas experiencias que ha tenido que vivir con Alexander cuando ha tenido períodos de crisis o de inestabilidad propios de la enfermedad. Dichos relatos no hicieron más que fortalecer el pensamiento de que Carlos efectivamente ha considerado que su hijo, o la enfermedad que él padece, han representado una amenaza constante para su integridad, sin embargo, cuando decidí preguntarle de manera directa sobre esto, él negó que dicha percepción fuera cierta, aunque hay una contradicción con respecto a la idea de no sentir a Alexander como peligro latente, pues al principio Carlos, refirió que a través de los años aprendió a lidiar con todas las manifestaciones críticas de la enfermedad que padece su hijo.

E: Bueno, en el último encuentro habíamos quedado hablando sobre la percepción de Alexander, me gustaría que me recordara, a partir de las manifestaciones sintomatológicas, a partir de la esquizofrenia, me gustaría saber ¿usted cómo ha percibido a Alexander desde que tiene el diagnóstico?

C: Bueno, la verdad es que él ha tenido altibajos, muchos, muchos altibajos, así como ha tenido ratos muy buenos también ha tenido ratos muy malos, han tenido que internarlo aquí muchas veces, por lo menos unas seis o siete veces creo aproximadamente en 19 años, en 19 años que estamos aquí. eh sí, eh nos decía eso las situaciones graves de él eran en ciertos momentos psicóticas ¿no? Donde, donde en ciertos momentos me sentí ya peligrando, había amenazas otra vez inclusive me atacó con la cabeza, eh suele pelear

ahora yo le digo “tú me tocas, un cabezazo de esos y me matas Alexander, me pones a descansar pero tú vas a sufrir más todavía porque vas a quedar internado de por vida” en fin, me toca simplemente llamar a la policía.

E: O sea, entiendo yo que la percepción que usted tiene sobre Alexander partir del diagnóstico es que ¿él es un peligro latente?

C: pues ya no tanto porque como que he aprendido a manejar las situaciones y tal entonces cuando se pone mal yo lo empiezo a ver cosas raras o cosas muy serias o ciertas actitudes, o empezar pendejadas o hacer cosas raras de que abre y cierra una puerta, prende y apaga la luz, por ejemplo una vez se quedó como 8 horas pegado a una pared. y lo otro pues no sé si, bueno yo le conté la historia que, él es una persona que vive diciendo que yo le corto la cara, que yo le corté la cara y que yo le rompí los dientes, que yo le hago cosas con un cuchillo y lo sostiene “vea como estoy” hasta a los mismos médicos se lo ha sostenido, entonces eso es peligroso porque uno no sabe en qué hora se alborota eso, él me dice “papá (cuando está más o menos bien) papá ¿usted a qué hora es que me hace todo esto? ¿Usted por qué lo hace? ¿Por qué me hace esto? ¿Por qué me hace lo otro?” ah se le daña cualquier cosa en el cuarto de él y ahí mismo me dice “usted me entró aquí”... Eh la percepción es esa, uno se la pasa mucho temeroso, en ciertos momentos uno está temeroso, yo nunca dormía con la puerta cerrada de mi alcoba y me tocó por precaución porque mire que se han visto muchos casos, mire por ejemplo en estos días aquí en Colombia, un muchacho esquizofrénico descuartizó a la mamá, la metió a la nevera y ¿qué era? Esquizofrénico.

La sesión siguió con Carlos relatando todas las percepciones que ha tenido sobre Alexander a lo largo del tiempo, hasta que tuvimos que hacer una pequeña pausa ya que él

empezó a mostrar llanto. Según Carlos, el hecho de recordar todas las experiencias que ha vivido desde que su hijo fue diagnosticado con esquizofrenia resultó para él algo doloroso. Luego se retomó la entrevista en el momento en que se le preguntó si ha tenido sueños relacionados con la situación de Alexander; cosa que él negó pero sí relató que ha tenido sueño como el siguiente:

E: y en todos estos momentos críticos, ¿ha tenido sueños que me pueda relatar?

C: No, sueños relacionados con cosas así, no, lo que sí le puedo decir es que a veces llegan pensamientos malucos, o sea, me veo, o sueños, enfrascado en peleas y todo como defendiéndome y atacando, le he pegado hasta a mi señora”.

E: en sueños.

C: Sí, en sueños, en sueños, sí.

E: y ¿Hay alguno en específico?

C: Pues es que los sueños, sueños son y a mí se me olvidan, o sea siempre ha pasado eso, me ha pasado varias veces, y no de ahora eso es de hace tiempos también, me veo como defendiéndome, me veo como vencido en una pelea también entonces me desespero, cosas así, impotencias. Eh, pero eso ya hace rato, pero no es tan constante eso es muy de vez en cuando, pero me pasa eso, pero que haya tenido sueños relacionados con a no, los temores me dan estando consciente esos temores me han dado mucho en un cuarto y esperando a que él se normalice, sabiendo que él está en la pieza de él y de un momento a otro puede salir y ¿qué es lo que va a hacer? En fin, eso es muy estresante y muy deprimente también.

Tal como se sabe, los sueños son en sí mismos la manifestación de la fantasía inconsciente, por lo que el sueño que manifestó Carlos de alguna manera sirve como método para resumir o representar lo que ha sido su experiencia de vida con la enfermedad, con las

situaciones que tuvo que afrontar posterior al ataque del que fue víctima Alexander mientras estaban en USA. También es posible ver que hay aquí algo de defensa incluido, ya que Carlos de alguna manera busca defenderse de algo que le ataca, lo cual podría estar relacionado con el hecho de pensar en el daño que podría infligirle al hijo y a sí mismo al quitarse la vida y al quitarle la vida al hijo. En este punto se asume que la fantasía inconsciente representa algún tipo de represión fallida ya que esta es constantemente vencida y teniendo en cuenta los relatos anteriores a este, solo queda la aceptación de la derrota, o aceptación de su destino.

Lo de aceptación de la derrota o del destino, implica que, de alguna forma, Carlos fue aceptando la enfermedad de su hijo, a pesar de que de algún modo aún conserva la esperanza de un milagro de recuperación.

E: Cuando a usted le dan el dx “su hijo tiene esquizofrenia, eso es de por vida, no tiene cura” a partir de su experiencia como cuidador principal de Alexander, ¿siente que su representación de sí mismo ha cambiado?

C: No, yo diría que simplemente como padre tengo la obligación de tener que afrontar esto simplemente, hasta el final de mis días tengo que estar pendiente de esto, eso es lo que yo he pensado y lo hago con ese pensamiento.

Otro aspecto que salió a relucir fue, la identificación de Carlos con Alexander con respecto a conductas que Alexander ha tomado con la enfermedad, puesto que cuando Carlos contó que ha tratado de convencer a su hijo de consumir sus fármacos, éste simplemente rechaza dicha idea e incluso rechaza la idea de las citas médicas y las terapias. En este caso la identificación viene en un recuerdo de cuando Carlos era más joven, pues en aquel periodo él experimentaba angustias, tenía la idea de que le iba a dar un derrame cerebral, o que le podía dar un infarto.

C: yo muchas veces le he tratado de hablar a Alexander "papi, yo voy a desaparecer de un momento a otro, pero créeme que tú vas a necesitar de tus medicamentos de por vida porque te lo han dicho" no, él no acepta eso y el peligro es que cuando trato de hablarle a su cabeza y que pueda hacer consciencia, antes me rechaza más, aplica el no volver al médico y no sé qué, y los medicamentos a abandonármelos... Últimamente ha estado sufriendo de angustias que le dan por la noche, "siento algo, que no sé qué, estoy desesperado" y le digo "papito; dos cosas, come mucho y usted tiene que caminar, usted tiene que hacer algo porque uno cuando come se llena de gases y esos gases" como los sufrí de joven a los veintipico, se me llenaba esto y yo pensaba que era un ataque cardiaco... un día estando en la cama sentí un gorgojeo también "ay no, me va a dar el derrame cerebral Dios mío ¿qué hago? no sé qué hice" bueno y entonces me dije "no tomo medicina, ¡no me la voy a tomar y no vuelvo a tomar esta medicina!, si me tengo que morir pues es porque me tengo que morir pero yo no puedo más con esto". yo pensé eso en la cama ahí en ese momento, desde el otro día me quedé dormido, pero al otro día nunca más volví a tomar medicina y se quitó todo.

Después de la narración anterior, Carlos se adentró en un tema que fue mucho más sensible para él, como el hecho de haber fantaseado con cometer suicidio y filicidio, viendo en ello una manera de dar fin al sufrimiento propio. En este punto Carlos mencionó que en algún momento tuvo la fantasía de tirársele a un bus, aunque no fue posible que él describiera con exactitud dicha fantasía ya que no la recordaba muy bien, y en parte esto podría deberse a la represión que opera en este caso. Finalmente la segunda entrevista tuvo que ser suspendida por solicitud de Carlos, puesto que él manifestó que no se sentía bien para continuar con la sesión por lo que fue necesario reprogramar cita.

Encuentro 3: Mecanismos de defensa.

En el último encuentro se hizo hincapié en la categoría de los mecanismos de defensa del cuidador, y teniendo en cuenta que el objetivo era identificar dichos mecanismos, se puede apreciar que los encontrados fueron negación, identificación, conversión, represión, compensación, formación reactiva y vuelta contra sí mismo.

Esta última sesión empezó muy puntual, Don Carlos se presentó en el sitio de la entrevista de buen humor, con buena disposición para responder como siempre, a diferencia del encuentro anterior, este estuvo muy marcado por la tranquilidad, Carlos no se mostró tan lábil emocionalmente, y estuvo más enfocado en identificar los mecanismos defensivos aunque en los encuentros anteriores también se pudo identificar algunos que ya fueron mencionados. De entrada, se pudo identificar en Carlos la identificación con su difunto padre, haciendo referencia al hecho de la muerte como destino final:

E: ¿Qué ha pasado con Alexander en estos últimos días?

C: ah él si me dijo algo, que me gustó mucho que me lo dijera, me dijo "papá, es que yo he pensado mucho cuando usted se muera" le dije "papito, me gusta mucho que pienses en eso porque eso es una magna realidad y realmente estoy en las finales más ya porque ya pues ese es el destino de uno, pues la muerte ¿cuándo? no se, pero sí ya tengo una edad suficiente" le dije. Entonces, porque yo mismo viví eso por mi padre, le contaba yo a él mi historia y era que, esto es real, que yo lloré a mi papá en vida, siempre lo he llorado porque nosotros fuimos muy buenos amigos, y entonces yo lo lloraba pensando en el día en que él se muriera, él no estaba tan viejo pero estaba ya pensando en el día que me hiciera falta y lloraba.

El otro aspecto que se puede intuir de esta entrevista es, la pérdida de la vida de Alexander, pues para Carlos la esquizofrenia ha significado que su hijo ha perdido la vida al no poder tener una vida “normal”. Dicho de este modo, el significado de dicho sentimiento implica que para Carlos su hijo Alexander perdió toda funcionalidad en el sentido social pues según el entrevistado, Alexander se queda en casa casi todo el tiempo y no puede establecer relaciones de pareja.

Posterior a esto, también se identificó la negación como uno de los mecanismos de defensa en Carlos, siendo este un mecanismo que opera contra los temores y el sufrimiento que el mismo entrevistado siente, aunque quizá dichos temores y dicho sufrimiento en la actualidad no tienen la misma intensidad que tuvieron en el pasado, sin embargo Carlos negó esto haciéndolo ver como un trabajo rutinario, aunque ciertamente lo ha sido. Para dar mayor evidencia de una negación se ve lo siguiente:

E: Y a través del tiempo que se ha hecho cargo de (...) ¿cómo ha cambiado usted su estado de ánimo en este proceso?

C: Lo que pasa es que hace unos que diría yo, unos cinco años para acá ya no siento esos temores, ya sé que todo pasa, ya sé lo que tengo que hacer (...) yo nunca he sido amante de cerrar la puerta, entonces, sí, se sufrió mucho, se sufre mucho cuando uno lo ve ya muy deprimido, entonces sí, se pone a pensar mucho “pobre muchacho, en pleno furor de su vida y estar pasando por todas estas cosas”.

Otro mecanismo de defensa, que ya se había identificado antes y, que durante la tercera sesión reapareció fue la represión que opera de un modo secundario en Carlos, pues este mecanismo surge o ha surgido ante el incesante “ataque” de pensamientos suicidas, incluso Carlos se refirió a dichas ideas como pensamientos absurdos.

E: ¿En algún momento usted se sintió deprimido?

C: Sí, claro, yo me he deprimido, como le dije alguna vez, de hecho, una vez hasta llegué a pensar ¿cuál es el futuro que tenemos ahora? ¿Qué es lo que hay que hacer? yo he pensado, de golpe, llegué a pensarlo una vez he que podíamos hacer una pilatuna, o yo podía hacer una pilatuna e irnos los dos, irnos los dos para dejar todo tranquilo a los demás y que pudieran seguir llevando su vida, pero no, mi Dios me hizo pensar no. Sí llegué a pensar “esto es una estupidez, esto es una estupidez yo no puedo pensar estas cosas, cualquier otra cosa menos esto”.

Viendo lo anterior, aquí se puede apreciar lo intrusivas que son las ideas suicidas y, el temor que dicha forma de pensamiento le ha generado a Carlos, sin embargo no es solo el pensamiento suicida sino que también entra en juego el pensamiento de cometer parricidio. Las primeras ideas de que Alexander pudiera darle muerte a Carlos, en sí mismas podrían ser una conversión de las mismas ideas parricidas de Carlos. Es en este punto donde la represión secundaria hace su aparición para salvar al yo de las ideas provenientes del deseo de muerte. Finalmente la entrevista terminó, dicha sesión fue más corta que las anteriores, y se acordó organizar un encuentro posterior para la socialización de los resultados.

Caso 2: María.

Edad: 50 años.

Nivel educativo: No especificado.

Estrato socioeconómico: 3.

Ocupación: Cuidadora y tiene trabajo aunque no especificó el sector laboral.

Actividades de recreación: Salidas ocasionales con su hija.

Nombre del paciente al que cuida: Mariana.

Parentesco: Hija.

La participante dos, fue la señora María, que para el momento de la entrevista tenía cincuenta años de edad, es madre soltera de dos hijas de las cuales una es atendida en la IPS donde se llevaron a cabo las entrevistas, en ese momento se encontraba viviendo con las dos hijas ya que una de ellas vive en Pereira a causa de los estudios universitarios. Además de lo que se ha dicho sobre esta participante, María es una mujer que trabaja todos los días de lunes a viernes, vive con su hija que para efectos de la entrevista se le puso el pseudónimo de Mariana.

Según María, su hija Mariana fue diagnosticada con esquizofrenia indiferenciada y con trastorno esquizoafectivo hace unos cinco años, y desde entonces María se ha encargado de cuidar a su hija en el tiempo que ha tenido fuera del trabajo por lo que el resto del tiempo Mariana permanece sola en casa, la madre solamente puede permanecer pendiente de ella vía telefónica. En algún momento de las entrevistas María manifestó que la paciente empezó a verse perturbada a causa de una experiencia de abuso sexual por parte de un hombre quien fue pareja de ella (María), pues según su relato, en ese momento Mariana se encontraba sola en casa con el ex compañero sentimental de María y en un momento él empezó a tocar sus partes íntimas sin su

consentimiento. Desde esta experiencia, María dice que todo ha sido peor, a tal punto que la paciente, según la entrevistada, empezó a escuchar voces a modo de murmullos, y que ha sido internada en la clínica un par de ocasiones.

Por otro lado, María indicó que la figura del padre ha sido ausente para Mariana durante toda su vida en lo afectivo, pues según María, el padre de Mariana ha expresado no tenerle amor de padre a hija, la participante nunca ha vivido con el papá de Mariana, su relación con él ha sido distante; además de eso, el padre culpa a María por la situación de Mariana, y niega creer que lo que tiene Mariana es algún tipo de diagnóstico psiquiátrico, aduciendo que los síntomas tienen relación con la forma en que María crio a su hija Mariana.

Encuentro 1: Fantasía.

Objetivo: Identificar las fantasías del cuidador.

De acuerdo al objetivo que se pretendía alcanzar en este encuentro, se pudo apreciar que la fantasía en el caso de María implicaba una defensa de contra la realidad de su hija Mariana, sin embargo, también se pudo encontrar que había elementos que permitieron al investigador ver a la fantasía en María como un proceso de realización de deseo.

Después de dar un contexto general del caso y de resumir lo que se encontró con respecto a la fantasía, se procede a exponer los resultados de los encuentros que se llevaron a cabo, partiendo del primer encuentro con María, que estuvo guiado hacia el conocimiento de la condición de Mariana, quien según María tenía diagnósticos psiquiátricos diferentes, sin embargo el más prevalente es la esquizofrenia. Otro aspecto que se pudo destacar de todos los encuentros, es que en María opera la negación frente a la enfermedad que padece su hija Mariana; dicha negación se hace evidente durante las entrevistas que se tuvieron con María.

E: para empezar me gustaría que me dijera ¿qué diagnóstico tiene Mariana?

M: A ver ella inicialmente empezó con trastorno bipolar, y en este año que ella volvió a recaer estuvo casi un mes, mes y dos días, le diagnosticaron esquizoafectivo con trastorno de la personalidad o sea que tiene tres trastornos.

E: que es el trastorno bipolar.

M: Y trastorno esquizoafectivo.

E: un tipo de esquizofrenia exactamente.

M: Eso.

E: ah ok ¿y hace cuánto que ocurrió lo del diagnóstico de Mariana?

M: Pues ese trastorno... hace ya como 5 años de trastorno bipolar, 5 años, pero ella venía desde los 13 años en psicólogos, psiquiatras, y ya desde los 14 y 15 para acá empezó más frecuente recaída de ella, que síntomas... se mostraba desde los 13 años que pues ella empezó más que todo... estamos pendientes de la charla o las citas con el psiquiatra, pues porque muchas dudas, o sea, uno a veces cree que esto es mentira, sí, digámoslo sinceramente...

Sí nos importa mucho la citas con el psiquiatra, más que todo a mí, que me ayude porque muchas veces yo dudo de lo que ella tiene.

De la negación que opera en María con respecto a la situación de su hija, no solamente está el hecho de negar esa realidad, sino que también está fundada en el hecho de que según María, Mariana muchas veces ha fingido su estado sintomático, aunque dicho estado tampoco es que haya sido infundado, pues de acuerdo a lo que indicó la participante, en los momentos en que Mariana estuvo internada muchas personas allegadas a ella estuvieron bastante pendientes y le hicieron regalos, es decir, el estado fingido de los síntomas por parte de la paciente se debían a una ganancia secundaria por la crisis de la enfermedad.

Teniendo nuevamente en cuenta la negación, de alguna forma este mecanismo de defensa puede verse en el comportamiento de María con Mariana; pues sucede que la participante muchas veces atribuye la responsabilidad del consumo de los fármacos a la misma paciente. Si bien es cierto que de acuerdo a los relatos de María, Mariana conserva algo de funcionalidad, la participante, mediante la acción de insistirle a la paciente que consuma sus medicamentos, trata de negar la parte disfuncional de Mariana.

Por todo lo anterior, cabe decir que pareciera que los fármacos, tienen el significado de objetos en los cuales se proyecta la verdadera responsabilidad que María en algún momento se atribuyó a sí misma de la enfermedad de Mariana. Esta responsabilidad tiene que ver con lo siguiente:

E: me gustaría que usted me dijera ¿cómo ha percibido a Mariana desde que tiene el diagnóstico?

M: Ahí sí realmente yo creo que lo más proveniente es en lo de los medicamentos, ella está muy muy cambiada, tanto digamos, tanto en la personalidad como física; a ella le cuesta aprender, ella sufre ella como de ansiedad. Ya como tal con la enfermedad, pues hasta ahora va bien ella, ya lleva, que, como un mes y medio de que la vio un mes y medio y pues ha estado bien, ha ido a las citas.

El elemento que se halló en este relato es una representación que tiene María sobre Mariana, la cual es representada con ambivalencia, ya que por un lado Mariana es una persona funcional que va a las citas, y que va bien con la enfermedad, pero por otra parte a ella le cuesta aprender, le cuesta encontrar motivación para hacer las cosas, y ha tenido cambios en la personalidad. Sin embargo, la representación manifiesta en este caso, está dentro de una fantasía

en la cual se proyecta hacia los medicamentos gran parte de la responsabilidad de las dificultades de Mariana.

Finalmente, el encuentro fue concluido ya que la entrevista estaba pactada para durar una hora, se reprogramó la próxima cita para la semana siguiente al primer encuentro; pero se puede concluir que la relación entre María y su hija Mariana es una relación donde suele haber peleas, aunque también ha tenido sus momentos buenos, y dicho modo en que Mariana se relaciona con su madre, se replica con la hermana con la cual ha tenido momentos de peleas por razones de comportamiento de Mariana hacia María.

Encuentro 2: Representación.

Para el segundo encuentro que se realizó, se hizo un mayor énfasis en tratar las fantasías que tenía María entorno a su hija Mariana, además de eso también hubo aspectos de la representación que tenía María sobre su hija y sobre ella misma. En un principio, María planteo escenarios en los cuales surge su angustia frente a la enfermedad de Mariana; por un lado está la angustia ante la posibilidad de que la paciente quiera abandonar el tratamiento al no ver una clara mejoría, mientras que por otro lado, existe la angustia ante la reacción al castigo de María a Mariana por sus malos comportamientos (ver anexo 6 tabla 4).

Este segundo encuentro, estuvo marcado por el surgimiento de emociones ante aspectos que resurgen acerca de la situación de su hija, donde se pudo apreciar que hay aspectos de cada categoría que juegan un papel importante en María, dichos aspectos son la representación que tiene sobre sí misma a partir del desarrollo de la enfermedad de Mariana, los síntomas que María ha experimentado en los últimos años a partir del diagnóstico de su hija y los sentimientos que ha tenido en el último tiempo.

La segunda entrevista que se le realizó a María, estuvo orientada a indagar sobre la representación que ella ha construido sobre sí misma en el proceso de la enfermedad de Mariana, e identificar otros mecanismos de defensa que operaban en la participante. En este encuentro se pudo dar una mayor elaboración al sentimiento de culpa expresado por María, el cual está ligado al abuso sexual cometido por su expareja contra su hija Mariana, pues de alguna forma, la misma participante se atribuye el abuso de su hija como algo que fue su responsabilidad, dejando a la interpretación que hubo un fallo por su parte con respecto al cuidado y la protección de Mariana que para ese entonces era una menor de edad.

Pese a lo anterior, también hay otro factor que en este caso ha jugado un papel importante en la culpa, y ese aspecto es que el padre de Mariana, según María, ha tomado el rol de juez recriminador, pues María expresó que el papá de su hija constantemente le echaba la culpa del comportamiento propio de la enfermedad de Mariana, es decir, parte de la culpa es en sí misma un proceso de identificación con el padre de Mariana o más bien, es asumida por parte de María a causa de los constantes señalamientos que le ha hecho el padre de Mariana.

Otro aspecto que también se pudo apreciar en este encuentro, fue que volvió a surgir la negación de María hacia la realidad del diagnóstico de Mariana, pues de alguna manera ella insistió en la idea de la involución de Mariana a causa de los medicamentos, incluso se puede decir que la negación de María, funciona dentro de una fantasía de realización de deseo de mejoría milagrosa, pues la participante manifestó una escena en la cual ella pensaba en la falla de los medicamentos, o dejar de dárselos con la idea de que tal vez Mariana mejoraría al presentarse dicha falla o la ausencia de los medicamentos.

Además de la creencia que tiene María acerca de los problemas de mejoría que le refieren los fármacos a Mariana, también se habló sobre otros factores que pudieron haber desencadenado

el desarrollo de la esquizofrenia en la paciente, uno de ellos fue el abuso, del cual se habló en el primer encuentro, y finalmente la ausencia del padre.

Dado que el tema de análisis del segundo encuentro fue la representación de la cuidadora sobre su hija y la representación de la cuidadora sobre sí misma, se pudo apreciar que la percepción de María sobre Mariana, está marcada por el afecto que hay entorno a la idea sobre las personas que padecen de esquizofrenia, pues usualmente dichas percepciones están acompañadas por relato de personas conocidas o ideas de dichas personas, mas el sentimiento de angustia que suele enfrentar el cuidador, que en este caso fue María, frente a las dudas sobre cómo responder ante la enfermedad y las crisis que manifestaba la paciente.

Por último, la representación de María sobre sí misma demuestra que los cuidadores pueden llegar a representarse como objetos de la culpa acerca del desarrollo de la enfermedad, pues en casos como estos, el padre o la madre de manera inconsciente manifiestan una sensación de fallo con respecto al cuidado del/la hijo(a) cuando las causas de la enfermedad vienen de situaciones de la realidad que no son elaboradas por la psique de quien resulta afectado.

Encuentro 3: Mecanismos de defensa.

En la tercera y última sesión, se abordó la categoría de los mecanismos de defensa, en cuyo caso, el objetivo al que se pretendió dar respuesta fue identificar los mecanismos de defensa y/o adaptación que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar, y como se pudo ver durante el análisis del tema en cuestión los mecanismos encontrados fueron negación de la realidad de Mariana, conversión del conflicto emocional en síntoma corporal, proyección de la culpa, identificación, formación reactiva y proyección.

Como análisis fundamental de este tema, se pudo ver que aunque los aspectos de orden defensivo estuvieron relacionados con anular la enfermedad, también tienen otra aplicación un poco distinta a lo usual y es el fortalecimiento del yo en María frente a la situación real de Mariana. Lo más común en los mecanismos de defensa es evitar la perturbación del yo de la persona entrevistada, sin embargo, lo que se demuestra a través de esta entrevista es que los mecanismos de defensa de alguna manera sirven como un factor fortalecedor para afrontar los retos que suponen el hecho de sea un/una hijo(a) quien vivencia la esquizofrenia.

Discusión.

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación que se realizó con los padres de dos personas cuyo diagnóstico era la esquizofrenia, se pudo dar cumplimiento de cada fin propuesto en el estudio; por lo tanto, para dar respuesta al primer objetivo que era identificar las fantasías de los cuidadores sobre su familiar con esquizofrenia se puede afirmar que las fantasías identificadas e interpretadas en cada caso estudiado, se pudieron ver en ambas facetas expuestas por Segal (2003), es decir, en ambos cuidadores la fantasía operaba como una expresión mental de los instintos, siendo de cierto modo una expresión del deseo de muerte y descanso por el lado de Carlos y en menor medida una manera esperanzada de cambiar la realidad. En el caso de María, se puede decir que la fantasía tiene un aspecto defensivo muy marcado, ya que en medio del fantasear con el deseo de que Mariana se pueda recuperar de la esquizofrenia, aparece una manera de cambiar esa realidad negándola por completo. Sin embargo, no solamente se puede apreciar a la fantasía de María como un método de negación, puesto que en ambos casos se evidenció la existencia de una posibilidad real de recuperación del/la hijo/hija; lo cual demuestra que en ambos cuidadores la fantasía también tiene aspectos de realización de deseos, lo cual corrobora el hecho de que las fantasías son imágenes mentales donde el sujeto tiende a resolver situaciones de conflicto o dolor, valiéndose de sustitutos satisfactorios irreales (Brainsky, 2017).

Lo que se puede apreciar del instinto de muerte en las fantasías identificadas en el estudio, es que en parte, dicho instinto se proyecta y se pone en el objeto (hijo) como intención hostil del familiar al cuidador ya que, en el caso del primer participante, es posible afirmar que dentro de dicha fantasía inconsciente existe un instinto de hostilidad hacia su hijo. Sin embargo, parte del instinto de muerte se conserva en el yo al dirigir parte de sus pensamientos hacia la contemplación del suicidio.

Con respecto al segundo objetivo al que se quiso dar respuesta, el cual era identificar los mecanismos de defensa que operaban en los cuidadores ante la enfermedad de su familiar, se puede decir que los mecanismos más comunes encontrados en esta investigación fueron la negación, la conversión, la formación reactiva y la identificación. Los otros mecanismos hallados de manera particular en el caso de Carlos fueron la represión y la vuelta contra sí mismo; de los cuales se puede decir, en el caso de la represión, que es una represión secundaria, la cual según Brainsky (2017), hay una irrupción de pensamientos o ideas provenientes del inconsciente en el yo y que casi de manera instantánea son rechazados por la represión cuando entra en funciones, lo cual es algo que en Carlos se hizo muy evidente, y la vuelta contra sí mismo, se vio reflejado en las mismas ideas donde Carlos fantaseaba con cometer el suicidio.

Para profundizar un poco más sobre los mecanismos de defensa que se encontraron en cada caso, se puede decir entonces que la negación, el cual se halló en ambos participantes, operaba como un medio mediante el cual el yo trataba de negar la posibilidad de sentir angustia y dolor frente a las situaciones de crisis que el familiar ha manifestado en varias ocasiones, pues en algunas partes de la entrevista, sobre todo de Carlos, el participante habló de tal manera que daba a entender que con el paso del tiempo el sufrimiento por su familiar, más el miedo por lo que el hijo le podría hacer, había disminuido en gran magnitud, lo cual se pudo apreciar en muchos momentos, en los cuales los mismos participantes tendían a contradecirse al aceptar de manera inconsciente que aún están presentes el dolor y la angustia. Dicho mecanismo en el caso de Carlos se vio más de la manera en que se acabó de mencionar, y parte de ello se pudo ver en los relatos donde él manifestó actuar frente a su hijo de manera contraria al miedo que dijo sentir en ciertos momentos; aunque esto también se constituye como la formación reactiva, la cual operaba en Carlos como un mecanismo en el cual el participante asumía actitud hostil y

desafiante en varias ocasiones en las que Carlos se sintió amenazado por Alexander; en María operaba de una manera algo parecida, aunque no con el sentido de la hostilidad y el desafío hacia Mariana, si no como una manera de mostrarle fortaleza emocional, con el objetivo de tratar de motivar a Mariana. Mientras que por el lado de María, se pudo apreciar la negación como un modo de dudar sobre la percepción de su hija Mariana como persona con un diagnóstico de esquizofrenia.

El mecanismo de defensa de la conversión, fue evidente en ambos casos al manifestar los síntomas que han afectado la salud de los dos cuidadores, pues de acuerdo a lo que los dos relataron, se pudo ver que independientemente del tiempo que cada uno tuviera al cuidado de su hijo/hija, ambos expresaron haber sentido problemas físicos como la migraña, parálisis de miembro superior, etc. Estos síntomas que tanto Carlos como María dijeron que habían experimentado, van de acuerdo a la definición que ofrece Brainsky (2017) sobre la conversión, pues este autor dice que este es un mecanismo defensivo mediante el cual el yo hace uso de la vía somática para tratar de resolver conflictos emocionales o de expresarlos, es decir que el yo pone en el cuerpo lo que no logra poner en la palabra.

Otro de los mecanismos de defensa que se identificaron de acuerdo con el segundo objetivo, fue el mecanismo de la proyección, el cual se pudo apreciar en Carlos cuando él mismo logró reflejarse a sí mismo en algunos aspectos o situaciones de Alexander, por ejemplo, cuando Carlos manifestó haber tenido síntomas cardíacos, de angustia. En algún momento de su juventud fue medicado y luego de cierto tiempo tomó la decisión de no seguir con fármacos, lo cual ha hecho su hijo en varias ocasiones al suspender medicamentos para el tratamiento de su diagnóstico. En el caso de María, la proyección opera más que todo en función de la culpa, ya que en algunos momentos de las entrevistas María manifestó haber sido señalada como la

culpable de la condición de Mariana por la presunta laxitud que según el padre de su hija, tuvo ella en la crianza; sin embargo, parte de la culpa que ella misma asume, es proyectada hacia el padre de Mariana, y en los medicamentos que consume Mariana. Esto significa que el sentimiento de culpa que María ha desarrollado por causa de la esquizofrenia de Mariana, es proyectado hacia el padre a causa de su ausencia durante la crianza e incluso por causas genéticas según María, y hacia los medicamentos ya que la entrevistada manifestó que el empeoramiento de Mariana era culpa de los fármacos administrados.

Para dar el respectivo cierre a la discusión de lo que fue hallado en los resultados del segundo objetivo, se pudo contemplar que lo que en otros enfoques le llaman estrategias de afrontamiento, son en realidad los mismos mecanismos de defensa de los cuales el yo de ambos cuidadores se ha valido para afrontar la realidad que para ellos ha sido dolorosa desde el momento en que se les dio el diagnóstico a sus familiares. Pero el aspecto central de este punto, tiene que ver con el concepto de sobrecarga, que aparece en muchos artículos, entre ellos el de Blanco et al. (2019), Quienes concluyeron que las variables que entran en juego en la sobrecarga son la edad y la falta o los cambios de trabajo, sin embargo, en este trabajo se pudo apreciar que ambos aspectos no son inherentes a la sobrecarga, ya que los mecanismos de defensa que pone en juego el cuidador son los que de alguna manera permiten al cuidador tener sobrecarga alta o no; es decir, que los mecanismos de defensa del yo pueden hacer que la realidad del cuidador sea menos displacentera, y por lo tanto experimentan menos sobrecarga emocional a medida que las defensas entran en su papel de adaptadores a la situación, lo cual hace que el cuidador sienta menor sobrecarga emocional.

El último objetivo de la investigación que fue identificar la representación del cuidador sobre sí mismo y sobre el familiar con diagnóstico esquizofrenia, se pudo apreciar como punto

en común de ambos casos que los familiares de ambos cuidadores entrevistados, representan un peligro, una amenaza, y si se quiere pueden hasta representar a un ser persecutorio. Lo que se ha mencionado sobre la representación, es visible en los resultados ya que está atada a una serie de ideas o acontecimientos que han quedado inscritos en la psique de los cuidadores; sin embargo dichos conceptos o dichas situaciones que llevó a los cuidadores a representar a los pacientes como amenazantes, no son solo un conjunto de ideas, sino que, han estado acompañadas afectivamente por la angustia ante las situaciones críticas del diagnóstico, ante las historias escuchadas sobre los pacientes con esquizofrenia, y ante los pensamientos sobre el futuro del paciente. También son representaciones que como lo mencionó Pérez (2006) están ligadas a la pulsión y al deseo; por el lado del primer participante, la concepción de su familiar ha estado más ligada a una pulsión de muerte, sin embargo, dicha pulsión es redirigida hacia el objeto (paciente hijo), la cual se transforma en percepción de un paciente agresor; mientras que por la parte de la segunda participante, la representación está más ligada al deseo de ver a su hija recuperada de su diagnóstico. Se debe tener en cuenta que las características de la representación de María sobre Mariana, en parte implican el deseo de un comportamiento funcional y realización personal que son los aspectos relacionados con el deseo de la recuperación

Para desarrollar un poco más la respuesta al último objetivo, la representación que Carlos dio a cerca de Alexander, ha estado marcada por información que él mismo consiguió a cerca de la esquizofrenia, y en noticias que en algún momento escuchó sobre personas con esquizofrenia, donde en ambos casos él obtuvo la idea de un paciente esquizofrénico que puede causar daño, y además, esas ideas o imágenes que él mismo construyó se vieron reforzadas por comportamientos reales manifestados por Alexander; no obstante, cabe agregar que la representación de Carlos sobre Alexander, ha estado aún más marcada por el instinto hostil, que

es lo que le da un significado a todos los pensamientos que componen la representación. En el caso de María sucedió más o menos lo mismo ya que al igual que Carlos, ella también representó a su hija como alguien que en algún momento podría tener alguna reacción violenta, lo cual permitió entender que María ve a Mariana como un objeto intimidante teniendo en cuenta las ideas preconcebidas sobre la esquizofrenia.

Además de haber hallado la representación que tenían los cuidadores de sus familiares, también se logró identificar que la representación de los cuidadores sobre sí mismos, estaba atada a un sentido de responsabilidad sobre los respectivos hijos diagnosticados de cada participante. Dicho sentido de responsabilidad con el cual se pudo relacionar la representación sobre sí mismo, tuvo orígenes distintos como era de esperar; pues por el lado de Carlos, se develó que él siempre se representó a sí mismo como la persona que tuvo que cuidar de su hijo desde que fue diagnosticado con esquizofrenia, mientras que por el lado de María, la representación de sí misma estuvo asociada con el sentimiento de culpa, a causa del conjunto de situaciones que ella considera que jugaron un papel importante en el desarrollo de su diagnóstico.

Para concluir la discusión sobre este último objetivo, de la representación se puede decir que en el marco de los hallazgos, hay cierta relación con el estudio de Lacera et al. (2019) en el punto en que estos autores expresaron en sus resultados, que personas de la familia de los pacientes que fueron diagnosticados con esquizofrenia, tendían a pensar en estas personas, como sujetos peligrosos. Si bien es cierto que en esta investigación no se le dio importancia a la familia, sí se puede decir que estos estigmas de alguna manera estaban presentes en Carlos y en María tanto en la representación, como en la misma fantasía, sobre todo en el caso de Carlos.

Teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación, el cual era comprender la relación que habían construido dos cuidadores de la ciudad Cali con sus familiares diagnosticados con esquizofrenia, se pudo llegar a la comprensión de que las relaciones entre cuidador-paciente, es decir, que la manera en que el cuidador se relaciona con su familiar diagnosticado de esquizofrenia, suele estar mediada por las fantasías y las representaciones que tienen los padres cuidadores sobre sus hijos con el diagnóstico de la esquizofrenia. Por el lado de los mecanismos de defensa, se pudo ver que estos operaban como un modo de enfrentamiento a la realidad, pero también se destacó su importancia en el fortalecimiento de los cuidadores frente a sus hijos en los momentos difíciles de la esquizofrenia.

Además de los objetivos propios del estudio, también hubo otros aspectos que se pudieron ver en la investigación, entre los cuales está la importancia de educar al cuidador con respecto al diagnóstico de la esquizofrenia, lo cual va de acuerdo con Pérez y Carbonell (2018), ya que durante las entrevistas con María se pudo evidenciar las constantes dudas que ella tenía con respecto a la condición de su hija, lo cual permitió que el investigador pudiera inferir la poca información que se le había dado hasta ese momento.

Después de resaltar la importancia que tiene la educación al cuidador, al obtener los resultados se contrasta lo que afirmaron Blanco *et al* (2019), con respecto a la sobrecarga o estrés asociado a la falta de trabajo, puesto que en este estudio se vio que dicho factor es indiferente a la situación laboral de los cuidadores, ya que en la investigación que realizó, se pudo evidenciar que la sobrecarga está más relacionada con las mismas defensas que operan en cada cuidador.

Después de haber dado respuesta a la pregunta y a cada objetivo del estudio y de haber dado una relación entre los antecedentes y los resultados, se puede afirmar que en los resultados del estudio sí es posible establecer una relación entre la carga emocional y los mecanismos de

defensa, las fantasías y representaciones. Por el lado de los mecanismos de defensa, se pudo ver que en el caso de Carlos estos le permitieron poder enfrentar los desafíos que le ha propuesto la situación de Alexander, a tal punto que en la actualidad la carga emocional que experimenta no es tan alta como lo fue en un principio; por el lado de las fantasías, se ve que las cargas, ansiedades o angustias aún son existentes, al igual que las representaciones, pero gracias a la acción de los mecanismos de defensa las fantasías y representaciones son más tolerables para el yo del entrevistado.

Con respecto a María, se pudo apreciar que las cargas generadoras de angustias o ansiedades, aún son fuertes ya que en su actualidad hay muchas dudas sobre el diagnóstico de Mariana, sin embargo, en este caso las defensas van en camino de manejar el conflicto entre la duda sobre el diagnóstico y la realidad sobre el diagnóstico de Mariana, aunque valdría la pena decir que la culpa por el diagnóstico clínico hace parte de ese conflicto, por lo que la entrevistada tiene tendencias a reducir esa culpa interna poniéndola en agentes externos. Por el lado de las fantasías, se puede decir que en María van más encaminadas a tratar de cumplir el deseo de forma “alucinatoria” con el fin de resolver o mejor dicho, de bajar la sobrecarga o ansiedad que se ha generado con la condición de Mariana.

Conclusiones.

Las conclusiones que se pueden obtener del estudio son que, en primer lugar; pese a que las relaciones entre cuidador y familiar diagnosticado son permanentes en el tiempo, dichas relaciones están marcadas por cambios en los comportamientos asociados al diagnóstico del familiar, ya que según la información obtenida, en los momentos en los cuales el familiar presenta un comportamiento dentro de lo que el cuidador considera normal, la relación está

marcada por una relativa estabilidad; sin embargo, normalidad en la relación se rompe cuando el familiar diagnosticado presenta síntomas o comportamientos extraños para el cuidador. Ahora, cuando dichos comportamientos extraños u hostiles del familiar paciente quedan en la mente del cuidador, se empieza a marcar una manera en que éste se relaciona con su hijo diagnosticado de esquizofrenia, pues el cuidador empieza a desarrollar una tendencia a relacionarse con su hijo de manera más cautelosa a causa del conjunto de imágenes que han constituido a este nuevo objeto internalizado.

En segundo lugar, se puede concluir que las fantasías de los cuidadores funcionan como un medio por el cual se puede hacer anulación de la realidad, y también tienen mucha importancia en la forma como los cuidadores se relacionan con sus hijos diagnosticados con esquizofrenia.

En tercer lugar, se encuentra que a menudo los cuidadores tratan de, negar la realidad que padecen sus familiares con el diagnóstico de la esquizofrenia, como una manera de negar los sentimientos que les suele despertar el tener que vivir con una persona que padece el trastorno ya mencionado.

Por último, se concluye que las representaciones de los cuidadores sobre sus hijos con esquizofrenia, están relacionadas con ideas que a la vez están enganchadas con el afecto como indicio de lo pulsional en juego que los cuidadores le dan a esas ideas o imágenes, que ellos se hacen del diagnóstico a partir de interacciones con personas cuyo conocimiento sobre la esquizofrenia no es el más adecuado.

Para terminar, se procede a hablar de las limitaciones que tuvo el estudio donde se puede señalar que una de las principales limitaciones tuvo que ver con el tiempo de duración, ya que por cuestiones de calendario, no fue posible realizar un trabajo un poco más extenso que hubiera

podido permitir dar cuenta de más aspectos importantes a la hora de estudiar la relación del cuidador con su hijo diagnosticado de esquizofrenia. Además de esto, se tuvo dificultades para conseguir más participantes ya que los cuidadores generalmente eran personas ocupadas en sus trabajos.

Como recomendación para futuras investigaciones, se sugiere realizar un estudio con una mirada psicoanalítica mucho más amplia que permita llegar al conocimiento de diversos aspectos inconscientes que están presentes en la mente del cuidador, de igual manera se recomienda el uso de pruebas proyectivas e incluir la perspectiva del sujeto con el diagnóstico de la esquizofrenia.

Referencias

- Alvarado, A. (2004). La ética del cuidado. *Revista aquichan*(4), 30-39.
- Baekeland, C. E. (sf). *Consulta Baekeland*. Obtenido de <https://www.consultabaekeland.com/p/es/psicologo-madrid-faqs/mecanismos-de-defensa.php>
- Barberá, I. A. (2013). *Impacto del proceso del cuidado en la salud de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia (tesis doctoral)*. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia.
- Benavides, M., Beitia, P. N., & Osorio, C. (2016). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Revista de investigación en salud Universidad de Boyacá*, 3(2), 146-160.
- Bermejo, J. C. (2012). Psiquiatría y lenguaje: filosofía e historia de la enfermedad mental. *Revista Chilena de neuropsiquiatría.*, 45(3), 193-210. doi:dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000300004
- Blanco, V., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., Otero, P., Lara López, & Vázquez, F. L. (2019). Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 54(1), 19-26.
- Brainsky, S. (2017). Los mecanismos de adaptación y las funciones yoicas. En S. Brainsky, *Manual de psicología y psicopatología dinámicas: fundamentos de psicoanálisis* (págs. 135-173). Bogotá D.C, Colombia: Panamericana editorial.
- Carvajal, G. (1993). Bogotá: Tiresias.
- Castillo, A. F. (2012). *Cuidado y subjetividad: Una mirada a la atención domiciliaria*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Comet, V. J. (2016). Los estudios de caso como enfoque metodológico. *ACADEMO revista de investigación en ciencias sociales y humanidades*, 3(2), 1-11.

Cooper, D. (1976). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Gráfica Santo Domingo.

Cuevas, A. (2002). Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología. *Revista cubana de psicología*, 19(1), 47-56.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura* (Vol. 1). (J. J. Utrilla, Trad.) Bogotá, Colombia: Fondo de cultura económica ltda.

Freud, A. (1965). *El yo y los mecanismos de defensa* (Vol. 82). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós Buenos Aires.

Freud, S. (1986). *Sigmund Freud cartas a Wilhelm Fließ*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Freud, S. (1992 a). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis (1906 [1905]). En S. Freud, *Obras completas Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901-1905)* (Vol. 7, págs. 259-272). Avellaneda, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Freud, S. (1992 b). El creador literario y el fantaseo (1908 [1907]). En S. Freud, *Obras completas IX El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen y otras obras (1906-1908)* (Vol. 9, págs. 123-136). Avellaneda, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Gedo, J., & Goldberg, A. (1980). Sobre el fragmento no formulado de la teoría psicoanalítica: la incipiente psicología del self. En J. Gedo, & A. Goldberg, *Modelos de la mente* (págs. 58-74). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

Hoz, A. G. (2000). La teoría de las relaciones objetales. Su actualidad. En A. G. Hoz, *Teoría psicoanalítica* (págs. 127-162). Madrid, España: Editorial Biblioteca nueva.

Kancyper, L. (2002). El proceso psicoanalítico en la Adolescencia Metapsicología y clínica. *Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica*. Montevideo: Fepal.

Kardorff, E. v., Soltaninejad, A., Kamalic, M., & Shahrabakid, M. E. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and. *Nordic journal of psychiatry*, 70(4), 248-254.

Kernberg, O. (1987). Diagnóstico estructural. En O. Kernberg, *Trastornos graves de la personalidad : estrategias psicoterapéuticas* (págs. 1-22). México D.F: Editorial: el manual moderno, S.A de C.V.

Lacera, M. B., Muñoz Hernández, Y., Pardo Camacho, D., Angulo Cervantes, P., Blanco Alvarado, A., Castro Romero, A., . . . Corso Quintero, J. (2019). Estigma familiar percibido por los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 16(2), 103-123. doi:doi.org/10.21676/2389783X.2945

Martinez, M. (2014). Psicopatología y "teoría de las relaciones objetales". *Revista de Ciencias sociales*, 2(144), 147-158.

Mieles, M. T. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*(74), 1-32.

Ministerio de la protección social Republica de Colombia. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Bogotá.

Ministerio de Salud Colombia. (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015*. Bogotá.

Nasio, J. D. (2000). *Los más famosos casos de psicosis*. París, Francia: Rusli.

Oklander, J. (1997). Proceso psicoanalítico y relaciones objetales. *Aperturas psicoanalíticas*, 30(3), 33-41.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Trastornos mentales*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (4 de Octubre de 2019B). *Esquizofrenia: datos y cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Padín, G. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del tomás*(4), 151-172.

Pérez, C. G. (2006). *El concepto de representación en la obra de Sigmund Freud (Tesis doctoral)*. Santiago de Querétano, Querétano, México: Universidad Autónoma de Querétano.

Perez, J. J., & Marques Carbonell, Á. (11 de octubre de 2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, 1-8. doi:doi.org/10.1590/s1980-220x2017029403351.

Pradas, C. (2019). Mecanismos de defensa. *Psicología on-line*. Obtenido de Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/los-mecanismos-de-defensa-anna-freud-760.html>

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 29(1), 143-148.

Segal, H. (2003). Fantasía. En H. Segal, *Introducción a la obra de Melanie Klein* (págs. 19-28). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Villamar, R. C. (2014). *Presencia del "síndrome del cuidador" en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el instituto de neurociencias de la JBG (tesis de pregrado)*. Universidad de Guayaquil, Facultad de ciencias psicológicas, Guayaquil.

Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y ambiente facilitador : estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Yacuzzi. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. *serie documentos de trabajo*(296).

Young, L., Murata, L., McPherson, C., Jacob, J. D., & Vandyk Digel, A. (2019). Exploring the experiences of parent caregivers of adult children with schizophrenia: a systematic review. *Archives of psychiatric nursing*, 33(1), 93-103.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.005>

Zaraza, D. R., & Hernández, D. M. (2017). Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores, Medellín-Colombia. *Aquichan*, 17(3), 305-315.

Anexos.

Anexo 1. Entrevista.

Categorías de análisis.

El instrumento de recolección de datos se planteó de tal manera que se abordaron tres categorías de análisis que fueron revisadas y validadas por los jueces, las cuales fueron la fantasía inconsciente, la representación del otro y del sí mismo, y los mecanismos de defensa.

Fantasía. Para Melanie Klein la fantasía inconsciente es “la expresión mental de los instintos y por consiguiente existe, como éstos, desde el comienzo de la vida” (Segal, 2003. P 20). Otra definición más completa de esta categoría dice que la fantasía es “la representación mental de aquellos sucesos somáticos entre los que se incluyen los instintos, y son sensaciones físicas interpretadas como relaciones con objetos causantes de esas sensaciones” (Hinshelwood, 2004, P. 53).

Mecanismos de defensa. Anna Freud (1965) dice que los mecanismos defensivos son técnicas de las que se vale el yo en los conflictos que pueden conducir a la neurosis. Además de citar dicha definición, dice que hay diez mecanismos defensivos básicos que son: represión, regresión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario, y finalmente la sublimación o desplazamiento del objeto instintivo.

Representación y representación de sí mismo. De acuerdo a Pérez (2006), la representación es en sí, el recuerdo de un objeto inscrito en una situación que provoca satisfacción o frustración de la pulsión, sin embargo, el objeto se inscribe como una huella mnémica por alguna característica particular, y es esta característica lo que conlleva a una búsqueda pulsional del objeto. Por otro lado, la representación de sí mismo o autoimágenes

narcisistas son “soportes figurativos que representan al “sentimiento del sí” al sentimiento de la propia dignidad” (Kancyper, 2002).

1. ¿qué diagnóstico tiene su hijo/hija?
2. ¿Hace cuánto fue del diagnosticado su hijo/hija?
3. ¿Cómo ha sido la experiencia de cuidar a su hijo/hija?
4. A partir de toda su experiencia y que ella fue diagnosticada ¿Cómo han construido la relación entre ustedes?
5. ¿Cómo ha percibido a su hijo/hija desde que tiene el diagnóstico?
6. ¿Qué pensamientos ha tenido usted en los momentos en que tenido situaciones críticas con él/ella?
7. ¿Ha tenido usted alguna fantasía con él/ella? o sea fantasía es la Fantasía Es que de pronto haya tenido usted algo más o menos lo mismo que los sueños pero despierto.
8. En el momento en que él/ella ha tenido crisis o síntomas o esas cosas de pronto ¿usted ha tenido sueños que me pudiera relatar en este momento algún sueño en específico?
9. ¿Qué piensa usted sobre los síntomas de su hijo/hija más o menos como a qué le atribuye usted esos síntomas?
10. ¿Qué imagen se hace acerca de los síntomas de él/ella? ¿A qué le atribuye usted esos síntomas que él/ella manifiesta y a quién se lo atribuye?
11. Desde el momento en que usted ha estado al pendiente de él/ella usted ¿cómo se ha representado a usted misma en todo este proceso, desde el momento en que ella empezó a mostrar síntomas?

12. ¿Cómo ha sido esa experiencia desde el momento en que se ha encargado usted de cuidarla a él/ella?
13. A usted en el momento preciso en que le dan el diagnóstico ¿se le dificultó asumir el diagnóstico o cómo lo asumió?
14. ¿Cómo ha gestionado usted ese sentimiento?
15. ¿En algún momento has sentido rechazo hacia el rol de cuidador(a) o sea hacia su papel de cuidador(a) o hacia su familiar o a la enfermedad?
16. ¿Cómo ha cambiado usted personalmente en este proceso?
17. En su estado de salud durante la enfermedad de su familiar ¿Cómo ha estado? ¿Le ha dado algún síntoma o algo que sea muy recurrente?
18. ¿En algún momento usted tuvo sentimientos digamos pensamientos hostiles hacia él/ella?

Informe de prueba piloto.

Luego de haber dado cada paso del procedimiento ejecutado para la investigación, viene el informe de lo que fue la prueba piloto; la cual se realizó por fuera de las instalaciones de la clínica que accedió a que se realizara la investigación, se contó con la colaboración de un solo participante cuyo familiar fue diagnosticado con esquizofrenia indiferenciada hace siete años, el participante recibió como seudónimo el nombre de Daniel. Con Daniel se realizaron tres sesiones de entrevistas, donde se trataron cada una de las categorías planteadas para este trabajo, es decir, se habló sobre fantasías entre el primer encuentro y parte del segundo, en el segundo encuentro se hizo mucho más énfasis en la identificación de los mecanismos de defensa, mientras que en el tercer encuentro se hizo mayor hincapié en las representaciones sobre su familiar y sobre sí mismo.

El familiar al que Daniel ha estado cuidando es su hermano quien durante la prueba piloto de la entrevista recibió como seudónimo el nombre de Cesar, a quien se le diagnosticó esquizofrenia paranoide.

En la primera entrevista que se realizó con Daniel, el investigador le explicó las razones por las cuales se hacía los encuentros de prueba de la entrevista diseñada, a lo que Daniel manifestó haber entendido, igualmente se hizo la lectura y la firma de consentimiento informado dando explicación del marco normativo que rige a la investigación en psicología, donde además se le explicó el objetivo del estudio que se realizó después de haber hecho el piloto, los beneficios y las indicaciones ante lo cual Daniel manifestó haber entendido con claridad.

Después de haber realizado la lectura y firma del consentimiento informado, se procedió a aplicar la entrevista para validación, donde inicialmente se empezó por hacer preguntas de contextualización acerca de la relación de Daniel con Cesar a partir del diagnóstico, y contextualización sobre el diagnóstico exacto que se le dio a Cesar. Posterior a las preguntas de contextualización, se dio paso a las preguntas relacionadas con las fantasías que Daniel solía tener con su hermano o con relación Cesar y su diagnóstico, ante lo cual se encontró que de manera general, Daniel tenía pensamientos de que su hermano en algún momento podría tener alguna reacción violenta en la que Cesar pudiera hacerle daño a él o a sí mismo, ya que en muchas ocasiones Daniel fue testigo de manifestaciones críticas en las que se sintió a sí mismo peligrando.

Lo que se encuentra en la entrevista de prueba, donde se pudo ver que en la fantasía de Daniel, Cesar es visto como alguien dominante, como alguien hostil que en cualquier momento puede hacer daño; sin embargo, en medio de este relato, también se pudo evidenciar una especie de formación reactiva frente al miedo de ser agredido por Cesar, ya que pese a sentir miedo, la

reacción instintiva de Daniel puede ser contraria al instinto real de huir de la situación en que se hermano se empieza a mostrar como alguien amenazante.

En la segunda entrevista, donde se hizo énfasis en los mecanismos de defensa, se pudo evidenciar la negación de Daniel con respecto a la situación de su hermano, ya que en algunos momentos Daniel expresó que muchas veces ha tenido la creencia de que Cesar no tiene la esquizofrenia que le fue diagnosticada, pues según Daniel, ha vivido momentos en los que ve a Cesar comportarse con cierta lucidez y hablar un poco coherente. Estos aspectos, hacen que en ciertos momentos, Daniel manifieste muchas dudas con respecto al diagnóstico de su hermano, pues el hecho de aceptar la realidad resulta doloroso, lo cual se convierte en la razón de negar el diagnóstico de Cesar o de dudar sobre ello.

En el último encuentro, donde se le dio importancia a la representación, se pudo apreciar que Daniel tiene una visión general de su hermano como alguien fuerte y peligroso dado el diagnóstico que tiene y sus manifestaciones de crisis, como alguien que puede ejercer cierto dominio en términos físicos, mientras que en la representación del sí mismo, se pudo ver que aunque él, es decir Daniel, puede asumir una actitud de fortaleza, él se ve a sí mismo como alguien que puede ser dominado por su hermano, como alguien débil frente a Cesar.

Anexo 2. Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante

Desde la asignatura trabajo de grado, a cargo por el docente Roger Collazos Montoya, el estudiante de psicología Cristhian Adolfo Fernandez Alvarez, perteneciente a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, está llevando a cabo la investigación “Relación de cuidadores con familiar diagnosticado con esquizofrenia en la ciudad de Cali”. Se plantea una investigación orientada desde la clínica psicoanalítica que tiene como objetivo principal comprender la relación que han construido un grupo de cuidadores de la ciudad Cali a partir de las fantasías y las representaciones con sus familiares diagnosticados con esquizofrenia.

Se le invita a participar en la investigación, en la cual se le hará una entrevista que durará un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos. Para la realización de la entrevista se requiere la grabación en audio para tener registro de su aporte a la investigación. La entrevista no tiene ningún riesgo para su salud física, sin embargo, puede sentir ansiedad por el tiempo que pueda tomar la entrevista, también es posible que pueda experimentar sentimiento de tristeza a causa de su situación. Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe de tener en cuenta lo siguiente:

- La decisión de participar en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente CONFIDENCIALES, por el contrario, se utilizará un **PSEUDÓNIMO** para identificarlo.
- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso de la entrevista usted podrá RETIRARSE en cualquier momento, agradeciendo que informe sus razones (aunque no es obligatorio), o podrá pedir al investigador que la entrevista sea pausada sino se siente en capacidad de continuar y retomarla si lo desea.
- En el transcurso del estudio, el investigador podrá retirarse en cualquier momento, y le explicará las razones.
- NO recibirá ningún beneficio económico por su participación.



- NO tendrá que hacer un gasto económico durante su participación.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la **Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006**, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la **Resolución No. 008430 de 1993** que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado. Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi participación en la investigación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para ser entrevistado.

Yo, _____, identificado con
 CC _____ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del
 presente estudio a realizar por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y
 obrando en forma **AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTO** la participación en esta
 investigación. Se firma a los días ____ del mes _____ del año 20____.

FIRMA PARTICIPANTE

Nombre: _____

CC: _____

Teléfono: _____

TESTIGO 1

Firma _____

Nombre: _____

CC: _____



Pontificia Universidad
JAVERIANA
 Cali



[ESTABLECIMIENTO FON. 15864-001]

TESTIGO 2

Firma _____

Nombre: _____

CC: _____

Firma del **ESTUDIANTE 1**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

CÉDULA DE CIUDADANÍA

CORREO

TELÉFONO

Firma del docente encargado/a

NOMBRE DEL DOCENTE ENCARGADO/A**CÉDULA DE CIUDADANÍA****CARGO****CORREO****OFICINA****TELÉFONO****Anexo 3. Carta de solicitud**

Santiago de Cali, septiembre 10 de 2020

Dr. Martha Bernal

Directora Médica

Clínica Grupo Mente Sana

REFERENCIA: TRABAJO DE GRADO CRISTHIAN FERNÁNDEZ

Reconociendo el posicionamiento que tiene la Clínica Mente Sana en el acompañamiento de la salud mental en Cali, queremos solicitarle formalmente que

nos permita tener acceso a parte de la población con la cual ustedes trabajan. Esto estaría enmarcado en el proceso de investigación que lleva el estudiante del programa de psicología, Crithian Adolfo Fernández Álvarez con CC 1144164505, para su trabajo de grado. Esta tesis tiene como título “relación de cuidadores con familiar diagnosticado con esquizofrenia en la ciudad de Cali” y su objetivo general es “comprender la relación que han construido un grupo de cuidadores de la ciudad Cali a partir de las fantasías y las representaciones con sus familiares diagnosticados con esquizofrenia”.

Para este cometido, la población requerida son tres cuidadores primarios de personas con diagnóstico de esquizofrenia; los criterios de inclusión son: personas mayores de 18 años deben ser el hijo o la hija del paciente, encargado del cuidado primario. El familiar debe tener diagnóstico de esquizofrenia de mínimo un año, de igual manera el entrevistado debe tener mínimo un año a cargo del cuidado y máximo tres años.

Calle 18 No. 118 – 250 Cali, Colombia • A.A.
No. 26239 Teléfono +57 (2) 3218200 •
www.javerianacali.edu.co



[FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL 1964-2014]

Al final de este proceso, se procederá a hacer una devolución a la institución que le permita aprovecharla en el mejoramiento de sus servicios.

Roger Collazos M.

Roger Collazos Montoya

Director – Trabajo de Grado

Programa de Psicología

Cédula 1130589666 - Tarjeta Profesional 183072

Psicólogo - *Pontificia Universidad Javeriana Cali*

Magíster en Intervención Psicosocial - *Universidad Icesi*

Magíster en Psicología - *Universidad de San Buenaventura*

Especialista en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica

Universidad de San Buenaventura



Cristhian Adolfo Fernández Álvarez

Estudiante – Programa de Psicología

CC 1144164505

Calle 18 No. 118 – 250 Cali, Colombia • A.A.
No. 26239 Teléfono +57 (2) 3218200 •
www.javerianacali.edu.co

Anexo 4. Acuerdo de confidencialidad.



Pág. V1 **CRISTHIAN ADOLFO FERNÁNDEZ**

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Este Acuerdo de Confidencialidad se celebra el día (22) de septiembre de 2020 por y entre:

GRUPO MENTESANA SAS, sociedad constituida bajo las leyes de Colombia de acuerdo con el certificado de la cámara de comercio con NIT. 900706814-4, debidamente representada por **MARTHA ELENA BERNAL FORERO**, identificada con Cedula de Ciudadanía número 31.839.759 expedida en CALI, que para los efectos del presente acuerdo de confidencialidad se denominará **LA PARTE QUE REVELA**, y, por la otra **CRISTHIAN ADOLFO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ**, persona natural, mayor de edad, identificada con la cédula de Ciudadanía No.

1.144.164.505 expedida en Cali (Valle), que para efectos del presente documento se denominará **LA PARTE RECEPTORA**, hemos acordado celebrar el presente acuerdo de confidencialidad que tiene como finalidad establecer los términos que rigen el uso y la protección de la información que será revelada por **LA PARTE QUE REVELA** a **LA PARTE RECEPTORA**. En consideración de las promesas y pactos mutuos aquí hechos, y con la intención de quedar legalmente obligadas, las partes convienen lo siguiente:

PRIMERA. INFORMACION CONFIDENCIAL. “Información Confidencial” significa toda la información, sin importar la forma en que sea comunicada o mantenida, (sea oral, escrita, electrónica o visualmente), y sea preparada por la **LA PARTE QUE REVELA** o no, que es revelada a la **PARTE RECEPTORA**, sin importar si tal información es revelada antes o después de la celebración del presente Acuerdo, respecto de la prestación de servicios, proyectos Propuestos e incluyendo todos los registros, reportes, análisis, notas, memorandos, documentación, datos, especificaciones, diagramas, estadísticas, sistemas o software, manuales, planes de negocios, información o prácticas operacionales, procesos (sean o no patentados, patentable o reducidos a práctica), listas de



Pág. V2 **CRISTHIAN ADOLFO FERNÁNDEZ**

clientes, arreglos contractuales con información acerca de los proveedores, distribuidores y clientes de la Parte que Revela, la existencia de las discusiones entre las partes concernientes a los Proyectos Propuestos, u otra información que se base en, contenga o refleje cualquiera de esa Información Confidencial. Toda la información recibida de la **PARTE QUE REVELA** será considerada como Información Confidencial, a menos que específicamente se designe como no – propietaria y no – confidencial. Para evitar las dudas, la Información Confidencial de **LA SOCIEDAD** específicamente incluye revelación de información por o a través de **LA SOCIEDAD**, sus filiales, o sus respectivos propietarios, funcionarios, empleados, miembros o representantes.

La Información Confidencial no incluirá: (a) información que sea o que se vuelva públicamente disponible salvo como resultado de una violación del presente Acuerdo; (b) información que sea o se vuelva disponible sobre una base no – confidencial de una fuente que la Parte Receptora no tenga conocimiento que tiene prohibido divulgar tal información en desarrollo de una obligación legal, contractual o fiduciaria de **LA PARTE QUE REVELA**; (c) información que **LA PARTE RECEPTORA** puede demostrar que estaba legalmente en su poder antes de la revelación por parte de **LA PARTE QUE REVELA**;

SEGUNDA.NO REVELACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. La Información Confidencial no será usada para fines distintos del análisis, evaluación, negociación,

implementación o celebración de la prestación del servicio y de los proyectos Propuestos. La Información Confidencial será mantenida en estricta confidencia por **LA PARTE RECEPTORA** y no será divulgada sin el consentimiento previo y escrito de **LA PARTE QUE REVELA**, salvo a los asesores, vinculados, agentes, apoderados, empleados, directores, funcionarios y / o miembros (“Agentes”) que tengan la necesidad de conocer la Información Confidencial para analizar, implementar, o celebrar los Proyectos Propuestos. **LA PARTE RECEPTORA** será responsable de toda violación al presente Acuerdo por **LA PARTE RECEPTORA** o por sus Agentes. **LA PARTE RECEPTORA** tendrá el mismo nivel de cuidado para proteger la Información Confidencial que **LA PARTE RECEPTORA** tiene para proteger su propia información de



Pág. V3 **CRISTHIAN ADOLFO FERNÁNDEZ**

similar importancia, pero en ningún caso menos que un nivel razonable de cuidado de acuerdo con los estándares de la industria.

TERCERA. REVELACIÓN OBLIGATORIA. En el evento de que **LA PARTE RECEPTORA** sea requerida por una autoridad legal o reglamentaria para revelar Información Confidencial, **LA PARTE RECEPTORA** deberá notificar con prontitud a **LA PARTE QUE REVELA** sobre tal solicitud o requerimiento antes de revelarla, si la ley lo permite, de forma que **LA PARTE QUE REVELA** pueda buscar una orden de protección adecuada. En el evento de que no se obtenga la orden de protección ni otro recurso, **LA PARTE RECEPTORA** se compromete a entregar sólo la porción de la Información Confidencial que ésta razonablemente determine, consultando con sus asesores legales, que es consistente con el alcance del requerimiento o exigencia, y a hacer razonables esfuerzos para obtener seguridades de que se le dará el tratamiento confidencial a tal Información Confidencial. **LA PARTE RECEPTORA** cooperará de forma razonable con **LA PARTE QUE REVELA** y sus asesores legales respecto del cumplimiento de los pactos hechos en desarrollo del presente acuerdo de confidencialidad.

CUARTA. RECURSOS. **LA PARTE RECEPTORA** acepta que los perjuicios pecuniarios no son un remedio suficiente para cualquier violación del presente Acuerdo y que **LA PARTE QUE REVELA** tendrá derecho a buscar otras medidas cautelares o equivalentes para remediar o prevenir cualquier violación real o amenazada al presente Acuerdo. Tal recurso no será el único recurso por la violación de este Acuerdo, pero será adicional a todos los demás derechos y recursos disponibles en derecho o en justicia. La responsabilidad de **LA PARTE RECEPTORA** frente a **LA PARTE QUE REVELA** respecto del presente Acuerdo y cualesquiera actividades realizadas respecto de la evaluación de los Proyectos Propuestos se limitarán a los daños directos y excluirá cualquier otra responsabilidad incluyendo, sin limitación, daños especiales, indirectos, punitivos

o consecuencias contractuales, extracontractuales, por garantía, responsabilidad objetiva o de cualquier otra manera.



Pág. V4 CRISTHIAN ADOLFO FERNÁNDEZ

QUINTA.DEVOLUCIÓN O DESTRUCCIÓN. En cualquier tiempo a solicitud escrita **DE LA PARTE QUE REVELA, LA PARTE RECEPTORA** devolverá o destruirá, a opción **DE LA PARTE RECEPTORA**, toda la Información Confidencial escrita de **LA PARTE QUE REVELA**, incluyendo la porción de tal Información Confidencial que pueda encontrarse en análisis, compilaciones, estudios u otros documentos preparados por o para **LA PARTE RECEPTORA**, y **LA PARTE RECEPTORA** y sus Agentes no retendrán ninguna copia de tal Información Confidencial escrita, tomando en cuenta, sin embargo, que puede retener Información Confidencial en la medida en que la retención de tal Información Confidencial sea necesaria para el cumplimiento de las políticas internas de retención de documentos de **LA PARTE RECEPTORA** con fines de cumplimiento legal, reglamentario o de gobierno corporativo, y esa Información Confidencial retenida permanecerá sujeta a las restricciones de revelación y uso aquí establecidas, a pesar de cualquier terminación del presente Acuerdo. **LA PARTE RECEPTORA**, por solicitud escrita de **LA PARTE QUE REVELA**, hará que uno de sus funcionarios autorizados certifique por escrito a **LA PARTE QUE REVELA** que los requerimientos de la frase precedente han sido satisfechos en pleno. No se entenderá que **LA PARTE RECEPTORA** ha retenido o dejado de devolver o destruir cualquier Información Confidencial si la Información Confidencial recibida o almacenada en formato digital es borrada de discos duros locales en la medida en que no se hagan intentos de recuperar tal Información Confidencial de servidores o back-ups, tomando en cuenta que tal Información Confidencial retenida seguirá sujeta a las restricciones de uso y divulgación aquí establecidas, a pesar de la terminación del presente Acuerdo.

SEXTA. NINGÚN OTRO ACUERDO. Queda entendido que el presente Acuerdo no busca, ni lo hace, obligar a ninguna de las partes a celebrar ningún Acuerdo distinto ni a proceder con una posible relación u otra transacción, incluyendo, sin limitación, los Proyectos Propuestos, ni a exigir que cualquiera de las partes revele ninguna información bajo el presente Acuerdo. Cualquier lista de precios, propuestas o resúmenes revelados bajo éste Acuerdo sólo pretenden dar un marco para



Pág. V5 CRISTHIAN ADOLFO FERNÁNDEZ

discusiones adicionales entre las partes. Los documentos de precio no son una oferta ni un compromiso de ninguna de las partes.

SEPTIMA. NO LICENCIA. Queda entendido que nada en el presente Acuerdo será interpretado como otorgando o confiriendo derechos por licencia o de otra forma sobre ninguna Información Confidencial revelada a **LA PARTE RECEPTORA**.

OCTAVA. MODIFICACIÓN. Toda modificación al presente Acuerdo debe constar por escrito y estar firmada por el representante autorizado de cada Parte.

NOVENA. NO CESIÓN. Este Acuerdo no podrá ser cedido por ninguna de las Partes si no se obtiene el consentimiento previo y escrito de la otra.

DECIMA. NO RENUNCIA. No se entenderá que la renuncia a cualquier disposición del presente acuerdo constituye una renuncia de ninguna otra disposición, sea o no similar, y ninguna renuncia será una renuncia permanente. Ninguna renuncia será vinculante si no consta en escrito firmado por la Parte que renuncia.

DECIMA PRIMERA. LEY DEL CONTRATO. El presente Acuerdo se registrará y se interpretará de conformidad con las leyes de la República de Colombia sin tomar en cuenta sus disposiciones de conflicto de leyes.

DECIMA SEGUNDA. TÉRMINO. El presente Acuerdo tiene una duración indefinida salvo autorización por escrita de la **LA PARTE QUE REVELA** hacia la **LA PARTE RECEPTORA** sobre que información podría revelar y en que condiciones.

DECIMA TERCERA. ACUERDO COMPLETO. Este Acuerdo constituye el Acuerdo total y completo entre las partes respecto de la confidencialidad de la Información Confidencial.



Pág. V6 CRISTHIAN ADOLFO FERNÁNDEZ

DECIMA CUARTA. CLAUSULA PENAL. Se pacta como clausula penal respecto del incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo la suma de 1000 SMLV.

DECIMA QUINTA. EJEMPLARES. El presente Acuerdo puede ser firmado en ejemplares y puede ser por medios electrónicos y cada uno de estos se tendrá como un original, y todos ellos juntos constituyen uno y el mismo Acuerdo.

DECIMA SEXTA. AUTORIZACIÓN Y OBLIGACIONES VINCULANTES. Cada una de las Partes declara ante la otra Parte que la suscripción, celebración y cumplimiento de este Acuerdo han sido debidamente autorizadas y que el presente Acuerdo ha sido debidamente suscrito y celebrado por la persona autorizada para ello, y que las obligaciones aquí contenidas constituyen las obligaciones válidas y vinculantes de tal Parte.

DECIMA SEPTIMA. PUBLICIDAD. Ninguna de las Partes hará ninguna revelación pública respecto de la otra parte, o del objeto del presente, incluyendo, sin limitación, cualquier publicidad, publicación o documento, sin el consentimiento previo y escrito de la otra parte.

EN FE DE LO CUAL, las partes del presente han celebrado este Acuerdo a partir de la Fecha Efectiva establecida al inicio.

LA PARTE QUE REVELA LA PARTE RECEPTORA Martha E. Bernal F. CRISTHIAN A. FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Representante Legal CC. 1.144.164.505 de Cali Grupo Mente Sana S.A.S NIT. 900706814-4

Anexos 5. Tablas de resultados.

Tabla 1 Fantasía en Carlos.

Objetivo.	Preguntas.	Relato de Carlos.	Análisis.
Analizar las fantasías de los cuidadores sobre su familiar con esquizofrenia.	¿Cuántos años tenía él cuando le dieron el diagnóstico de esquizofrenia? ? En ese momento ¿usted qué	Creo que fue aquí en Cali en mente sana, eso fue aquí hace 20 años, más o menos ese tiempo llevamos nosotros acá. Nos regresamos para acá y resulta que él empezó, ya cuando estábamos en tratamiento acá, empezó primero, a ir a	En este primer análisis de los relatos sobre la categoría de la fantasía en Carlos, se empieza a apreciar la angustia de Carlos con su hijo a causa de los comportamientos que Alexander desarrolló a partir de la esquizofrenia. La angustia e impotencia, son aspectos centrales en los pensamientos de Carlos referente a su hijo

<p>pensamiento tuvo? ¿Él le decía como por qué no se tomaba los medicamento s? ¿Usted lo confrontaba o le decía por qué? En ese momento en que usted lo confrontaba ¿él qué le manifestaba? y retornando ya ahora, al momento en el psiquiatra le dice “su</p>	<p>regalar las cosas que había traído de EE.UU., cosas que ni siquiera había usado, zapatos, ropa, en fin hasta costosas, yo “pero ¿por qué regalas las cosas?” y me dice “yo sé que lo tengo que hacer porque la única manera en que descansa yo es dándole a alguien pobre” Posteriormente, ya una vez sí me llamó la policía y me dice “vea es que aquí tenemos a su hijo” y yo “¿qué le pasa?” en una comisaría por acá abajo; y me dice “es que lo encontramos</p>	<p>Alexander, pues en este caso, la angustia de Carlos es que su hijo en algún momento podría ser capaz de quitarle la vida. Lo que más resultó llamativo, fue el hecho de que el participante en algún momento menciona la frase “toma medidas contra mí”, esta frase es citada ya que de ella se interpreta que de alguna forma, en algún momento puede venir una especie de castigo por parte del hijo. En este caso, se ve que en la fantasía, aunque no es explícita, hay un objeto (hijo) que se vuelve contra el padre, dichas fantasías podrían significar la representación de una situación edípica no resuelta entre Carlos y Alexander. La percepción de Carlos sobre su hijo habla a manera de</p>
--	---	---

	<p>hijo tiene esquizofrenia ” en ese momento ¿qué pasaba por su mente?</p>	<p>desnudo, mejor dicho, iba caminando, se para en el parque, donde hay mucha gente, y se bajó los pantalones.</p> <p>No yo inmediatamente dije, pues producto de la enfermedad ¿no?</p> <p>Por culpa de su situación psiquiátrica. Él se tomaba sus medicamentos, pero, llevo momentos en que no me había dado cuenta que los estaba votando.</p> <p>Yo lo confronté, lo regañé, lo grité, lo esto, y lo amenacé seguramente, pero entonces ya posteriormente me</p>	<p>proyección de la propia hostilidad hacia su hijo.</p> <p>También se debe agregar que la fantasía inconsciente en el caso de Carlos, tiene aspecto defensivo que se identifica en el momento en que él expresa haber tenido sueños reflejando una especie de pelea. Podría decirse que los sueños son una condensación de muchas situaciones que él ha tenido que vivir en relación con el diagnóstico de Alexander y en relación con otras experiencias.</p> <p>Sin embargo, las situaciones de los sueños de Carlos parecen estar más relacionadas con la situación de Alexander. Dicha defensa en los sueños, aparte de la condensación ya mencionada, se trata de una represión fallida en la realidad, pues como se</p>
--	--	---	--

		<p>dijeron “no, usted no puede estar en esa actitud de estar contra él, porque es una enfermedad ¿si ve?” ahí dije, yo dije “tiene toda la razón, es su enfermedad y hay que entender”.</p> <p>No, pues beligerante conmigo y todo pero, pero, en esa época todavía él me hacía caso, o sea, veía mí, cómo se dice, padre, veía mí, se me escapa la palabra, o sea que yo soy el papá de él y él tiene que hacerme caso porque soy su padre, cosa que fue desapareciendo y ya en muchas otras</p>	<p>podrá apreciar, el yo tiene que lidiar con pensamientos que a Carlos le resultan incómodos o dolorosos, aunque Carlos no pudo detallar los sueños, es muy probable que las personas que según él han aparecido en sueños, sean representantes de los pensamientos con los que el ello irrumpe en el yo.</p>
--	--	---	--

		<p>oportunidades hasta me vi atacado por él y ya a amenazaba con golpearme, y después yo dije “donde este hombre me golpee, porque él es muy fuerte y grande, entonces me puede dañar o matar simplemente”.</p> <p>Yo no podía dormir bien de noche, pensando “¿a qué hora este señor se me levanta con alguna cosa?” y bueno, pensaba verlo con un cuchillo, pensaba mil cosas.</p> <p>hay algo sobre esta enfermedad de la esquizofrenia donde</p>	
--	--	--	--

		<p>inclusive, vi una historia que pasó en EEUU con una familia Colombiana donde el hijo era esquizofrénico, los padres lo tenían muy bien, esto y lo otro y el recaía disque se subía a esos edificios de Manhattan y amenazaba con tirarse, pero un día, ellos se fueron a una fiesta, sus padres, y el muchacho disque se quedó allá y cuando llegaron él los recibió a tiros y los mató... todo eso lo pensé “¿en qué momento este señor va a tomar alguna</p>	
--	--	---	--

		<p>medida contra mí?” y en muchas oportunidades me amenazó tanto que tenía que llamar policía y traerlo otra vez aquí (a la clínica) en varias ocasiones esposado. Pues realmente yo no sabía o muy poco era lo que entendía que la esquizofrenia era peligrosa, ¿no?, simplemente pues, eh se ponían bravos, esto y lo otro, pero ya después empecé a ver, a leer, a esto y lo otro y sé que pueden llegar hasta matar. Entonces eso ha sido mi angustia sobre todo</p>	
--	--	--	--

		<p>cuando lo veo mal, ya gritando, ya enfrentándose, entonces lo que pasa es que digo yo si me le echo un paso para atrás entonces peor va a ser la cosa a veces llegan pensamientos malucos, o sea, me veo, o sueños, enfrascado en peleas y todo como defendiéndome y atacando, le he pegado hasta a mi señora” Pues es que los sueños, sueños son y a mí se me olvidan, o sea siempre ha pasado eso, me ha pasado varias veces, y no de</p>	
--	--	--	--

		<p>ahora eso es de hace tiempos también, me veo como defendiéndome, me veo como vencido en una pelea también entonces me desespero, cosas así, impotencias.</p>	
	<p>¿Cómo ha percibido a Alexander desde que tiene el diagnóstico? En los primeros momentos de la enfermedad, hace más de veinte años que él</p>	<p>Bueno, la verdad es que él ha tenido altibajos, muchos, muchos altibajos, así como ha tenido ratos muy buenos también ha tenido ratos muy malucos, han tenido que internarlo aquí muchas veces, por lo menos unas seis o siete veces creo aproximadamente en 19 años, en 19 años</p>	<p>Como se puede apreciar en estos puntos, la fantasía no tiene mucha variación con respecto al peligro que representa Alexander para Carlos. La única variante en este sentido es, la dominancia con la que Carlos representa a Alexander, es decir, que Alexander puede tener cierta dominancia sobre Carlos al tener cierta fortaleza o ventaja sobre él.</p>

	<p>empezó</p> <p>¿Cuáles fueron esas ideas que usted tuvo cuando él empezó?</p> <p>¿Qué pensaba de él?</p>	<p>que estamos aquí. Eh</p> <p>sí, eh nos decía eso las situaciones graves de él eran en ciertos momentos psicóticas</p> <p>¿no? Donde, donde en ciertos momentos me sentí ya peligrando, había amenazas otra vez inclusive me atacó con la cabeza.</p> <p>Vinieron unos peruanos y se hicieron en ese apartamento y resulta que la señora caminaba mucho y en esa época pues él allá en su cuarto se desesperaba, y yo no sabía una vez era diciendo “7 24 7, 7 24 7, 7 24 7, 7 24 7, culebra 7 24 7” y yo</p>	
--	--	---	--

		<p>“Dios mío ¿será que se me está volviendo loco? ¿Qué pasó?” “ 7 24 7, 7 24 7”</p> <p>y entonces bueno, cuando tuvimos una de las citas con el psicólogo que allá le pusieron, también psiquiatra le daba por cuenta mía</p> <p>él sí le preguntó “¿quiere decir 7 24 7, culebra 7 24 7?” y él “una señora que anda por todas partes, 7 día a la semana, 24 horas al día” y el otro 7 no me acuerdo que era</p> <p>él una vez dijo “le voy a pegar un susto bien verraco porque yo no me voy a seguir</p>	
--	--	--	--

		<p>aguantando esto, esos ruidos yo no tengo porque aguantar”</p> <p>Preciso a los pocos días, un día salió con un cuchillo y entonces otra vez a hospitalizarlo allá en EEUU porque imagínese ya con un cuchillo ¿ah? Y entonces eso se le queda a uno en la mente, dice uno, “de aquí a mañana también me puede hacer lo mismo, le va quedar más fácil porque uno está en la cama, porque uno está indefenso ¿no? Desde que yo estoy aquí</p>	
--	--	--	--

		sentado él me va a coger ventaja”.	
	¿Qué piensa de esos síntomas que muestra?	<p>No, pues que es producto de su enfermedad yo creo que le ha venido ¿no?</p> <p>Eso, es que yo llevo mucho tiempo en eso, aquí la dra Bernal fue la primera que me dijo, aquí me dijo un día “su hijo no tiene es de por vida, de todas maneras, ustedes deben ir haciendo conciencia de eso, eso es de por vida”, otras personas piensan que no y yo sigo pensando que algún día puede venir el milagro, no sé, hay que vivir con</p>	<p>Aquí se puede observar un enfoque distinto de la fantasía en Carlos, ya que mientras en los relatos anteriores se observó que la fantasía funcionaba como la muestra de escenarios de conflicto, en este caso la fantasía trata de una realización de deseo.</p> <p>Dicha realización de deseo tiene relación con otros ejemplos que el mismo Carlos puso al hablar de personas que han logrado manejar la esquizofrenia de muy buena manera, y el deseo es que Alexander pueda reconocer su enfermedad y poder darle manejo a ella o recuperarse milagrosamente.</p>

		eso, y mucha oración ponerse en las manos de Dios también	
--	--	---	--

Tabla 2 Mecanismos de defensa en Carlos.

Objetivo	Pregunta	Relato de Carlos	Análisis.
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.	Entiendo yo que la percepción que usted tiene sobre Alexander partir del diagnóstico es que ¿él es un peligro latente?	Uno se la pasa mucho temeroso, en ciertos momentos uno está temeroso, yo nunca dormía con la puerta cerrada de mi alcoba y me toco por precaución porque mire que se han visto muchos casos, mire por ejemplo, en estos días aquí en Colombia, un muchacho esquizofrénico descuartizo a la mamá, la metió a la	Lo que se aprecia en este punto, es que hay una manera de represión de Carlos a causa de momentos de crisis de Alexander, ya que el hecho de cerrar la puerta de la alcoba, que significa poner una barrera, de alguna manera implica mantener aislado al objeto hostil que es el causante de angustias en Carlos.

		<p>nevera y ¿qué era?</p> <p>Esquizofrénico, pero bueno, a él no se le han visto esos rasgos, pero sí ciertas ideas, pero en un momento dado corría el peligro de que me atacara y me pegara o algo con alguna cosa.</p>	
<p>Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.</p>	<p>En los primeros momentos de la enfermedad, hace más de veinte años que él empezó</p> <p>¿Cuáles fueron esas ideas que usted tuvo</p>	<p>Eso se sufrió mucho, o sea, uno sufre mucho porque uno no sabe cuándo uno puede pasar un mal rato, pero yo he sido fuerte, o sea, he sido fuerte, en el sentido que lo he tratado con voz de mando ¿no? Y gracia a Dios me ha respetado.</p>	<p>En este punto, el participante dio un intento de negar el sufrimiento latente, pues al hablar de dicho sentimiento en tiempo pasado, se percibe que Carlos quiere dar la impresión de que en la actualidad no tiene dolor alguno por el padecimiento de Alexander, sin embargo, la parte de negación se aprecia en el momento en que él mismo se corrige; dicho de otro modo, aunque Carlos parece reconocer</p>

	<p>cuando él empezó? ¿Qué pensaba de él?</p>		<p>lo difícil que le resulta la situación de su hijo, de manera inconsciente trata de negar la existencia actual de su propio sufrimiento y de la angustia asumiendo actitud de autoridad, aunque esto último podría estar más relacionado con una formación reactiva.</p>
<p>Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.</p>		<p>Últimamente ha estado sufriendo de angustias que le dan por la noche, “siento algo, que no sé qué, estoy desesperado” y le digo “papito; dos cosas, come mucho y usted tiene que caminar, usted tiene que hacer algo porque uno cuando come se llena de gases y esos gases” como los sufrí</p>	<p>En este punto se aprecia el mecanismo de la identificación en la cual se toma como base los recuerdos del relato sobre lo que le ha pasado a su hijo para crear una asociación con recuerdos de lo que en algún momento vivió Carlos en su juventud.</p>

		de joven a los veintipico, se me llenaba esto y yo pensaba que era un ataque cardiaco.	
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.	En medio de toda esta experiencia ¿hay algún momento en el que usted tenga algún pensamiento negativo quizá sobre usted mismo? Algo... algún momento en el que usted diga “no, me ha hecho falta esto con	No, que me haya hecho falta algo ¿por él? No, no, yo siempre le puse cuidado en todo, estuve pendiente hasta de su misma rebeldía y esas cosas. Lo que sí de pronto en un momento dado un día pensé fue en tirármele a un bus... deprimido. Ni me acuerdo ya bien pero sí sé que eso me ha pasado, me pasó en una oportunidad, no recuerdo ni cómo.	El mecanismo que se podría ver en este punto es el de la vuelta contra sí mismo, dado que Carlos en algún momento contempló la idea de cometer suicidio, pues de alguna manera parece que Carlos se ha atribuido algo de culpa por muchas situaciones que ha vivido en relación con Alexander. Además de una vuelta contra sí mismo, también se puede apreciar la represión. También se puede apreciar que hay indicios del mecanismo de compensación.

	mi hijo” o algo así.	Sí, no, seguramente analizando todo esto que nos ha tocado vivir, todas estas cuestiones, y... pero no sé, son pensamientos absurdos que le vienen a uno en momentos de, no sé, de desespero, de... de impotencia, pero eso no es constante, me ha pasado como dos veces.	
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de	A veces cuando se tienen esas ideas de suicidio, como de tirarse de un	No, no pienso yo que sea por esa misma de que eso realmente funcione como que yo quiero agredir a otro, sino, simplemente mi momento de	En este caso el mecanismo operante es la represión, la cual funciona como secundaria, ya que como se puede apreciar, los pensamientos que Carlos llama absurdos, y que le resultan perturbadores, no tienen acceso

<p>su familiar.</p>	<p>segundo o tercer piso, o echársele a un bus, digamos que pasa que muchas veces uno, o la persona puede, digamos que eso es como una tendencia a auto agredirse, pero, resulta que a veces, inconscientemente puede haber una real intención de agredir a otro también,</p>	<p>desesperación y es que ahora que usted me habla de todo eso, le cuento que una vez tuve un pensamiento muy maluco; yo lo que pasa es que inmediatamente reacciono y, <i>“Dios mío, no me dejes pasar estos pensamientos que me están pasando”</i> entonces digo <i>“yo te amo, yo estoy contigo... ¿qué fue que pasó? ¿Por qué dice eso?”</i>. Otra vez también pensé, decía yo, decía yo (aquí nuevamente se le quiebra la voz) envenenarme con mi</p>	<p>vedado a la consciencia, en cambio se ve que dichas ideas logran acceder a la consciencia pero el yo mediante la represión logra rechazarlos y enviarlos de vuelta al inconsciente. Otro aspecto que también se nota aquí, es la formación reactiva, dado que en este caso existe la idea de cometer suicidio y parricidio, lo cual resulta opuesto a su papel como cuidador.</p>
---------------------	---	--	--

	<p>pero se vuelve contra uno mismo.</p>	<p>hijo para no darle problema a nadie. Eso me pasó por la mente una vez también, pero yo reacciono y me prendo de Dios.</p>	
<p>Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.</p>	<p>Y atreves del tiempo que se ha hecho cargo de (...) ¿cómo ha cambiado usted su estado de ánimo en este proceso?</p>	<p>Pues, yo cómo le digo, al principio para mí fue muy difícil, y claro que todo cambio para mí, ya no puedo volver a hacer los mismos trabajos ni volver a estar por fuera, él tiene que estar acompañado lo más que se pueda, él tiene que estar acompañado, lo importante es que él esté lo más tranquilo posible, porque él no me dormía, él pasó</p>	<p>Lo que sucedió aquí, fue que Carlos trató de negar su intención de declarar su sufrimiento a causa de su hijo. Lo que se puede ver es que el yo trata de combatir el miedo y la angustia que le despierta Alexander, por eso en su discurso Carlos se corrige a sí mismo, aunque en este caso, se corrige a él mismo aceptando de manera inconsciente su sufrimiento.</p>

		<p>mucho tiempo en que dormía de día y de noche era despierto y uno pues oyéndolo, en x determinado tiempo, uno tenía miedo porque uno con sueño, con ganas de dormir y él despierto por ahí, hasta que mi señora me dijo que cogiera la costumbre de cerrar la puerta de la pieza, pero no con llave, pero sí cerrarla, yo nunca he sido amante de cerrar la puerta, entonces, sí, se sufrió mucho, se sufre mucho cuando uno lo ve ya, muy deprimido, entonces sí, se pone a pensar mucho “<i>pobre</i></p>	
--	--	---	--

		<i>muchacho, en pleno furor de su vida y estar pasando por todas estas cosas”.</i>	
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.	usted en entrevistas pasadas me decía que cuando él tenía reacciones hostiles hacia usted, recuerdo que usted me decía que prácticamente tenía que reaccionar de la misma manera, es decir, con la misma	¿Cómo le digo? Yo diría que yo tengo mi temperamento fuerte también, entonces digo yo, pienso yo, en un momento dado que yo tengo que hacer algo y lo otro es hablar duro y fuerte porque yo sé que ellos van a entender también que uno también puede estar en condiciones de no dejarse atacar también, no sé, eso pienso en milésimas de segundo ¿no?, “aquí se acabó esta	En este punto, es posible apreciar que Carlos hace uso de su temperamento fuerte para manejar situaciones que se han presentado con Alexander, sin embargo, durante gran parte de la investigación, hubo momentos en los que Carlos dejó ver que pese a asumir un comportamiento fuerte, el miedo a ser agredido por su hijo es algo latente y que no ha dejado de existir, es por eso que aquí lo que se ve es parte de la formación reactiva.

	<p>hostilidad y digamos ese sentimiento, esa reacción suya ¿cómo la gestionó</p>	<p>joda o lo que sea y hasta luego, usted se lo busco, resuélvalo” y lo otro entonces es quedándome más tranquilo él se empieza a tranquilizar también, así él se quede alegando o algo, entonces simplemente me quedo observándolo en el sentido de estar pendiente de él a ver que va a pasar, y si veo que las cosas siguen entonces ahí sí me empiezo a llamar a la policía, a pedir ayuda o cosas así.</p>	
--	--	---	--

Tabla 3 Representaciones en Carlos

Objetivo.	Preguntas.	Relato de Carlos.	Interpretación.
Identificar las representaciones que tiene el cuidador sobre sí mismo y sobre su familiar.	Me gustaría que usted me dijera ¿cómo ha percibido a Alexander desde que tiene el diagnóstico?	No, momentos de angustia sí, aquí lo saben, o sea yo les cuento, ese era mi fin, ese era mi destino, digo yo, pero, ah y se lo he dicho a él cuando me está amenazando “vea, papá si usted me llega a hacer algo a mí, o una trompada me mata, yo me muero, pero usted va a ir a parar a un sitio muy maluco” yo le digo “vea papá, usted me da un golpe a mí” él es fuerte y yo me le corro pa atrás y yo le digo “usted me da un golpe a mí y me	Lo que se puede decir en cuanto a la representación de Carlos sobre Alexander, es que Carlos representa a su propio hijo con esquizofrenia como un objeto amenazante, teniendo en cuenta que le genera temor en momentos psicóticos, pero también le da cierta connotación de objeto que le puede otorgar un descanso que de cierta forma parece deseado, dicho descanso se traduce en la búsqueda inconsciente de la muerte.

		<p>mata entonces ya no importa, me mata y listo, descanso, pero usted, usted va a ir a parar a un sitio muy duro y de por vida”.</p>	
<p>Identificar las representaciones que tiene el cuidador sobre sí mismo y sobre su familiar.</p>	<p>Usted seguramente tenía alguna representación de él y de usted mismo, usted siente que la percepción, cuando a usted le dan el dx “su hijo tiene esquizofrenia, eso es de por vida, no</p>	<p>No, yo diría que simplemente como padre tengo la obligación de tener que afrontar esto simplemente, hasta el final de mis días tengo que estar pendiente de esto, eso es lo que yo he pensado y lo hago con ese pensamiento, o sea, yo tengo que estar pendiente de él hasta el final de mis días, yo muchas veces le he tratado de hablar</p>	<p>En el aspecto de la auto representación, se puede apreciar que en todos los relatos Carlos se ve a sí mismo como la persona bajo la cual cae toda la responsabilidad de cuidar a Alexander, lo cual podría ser una forma de compensar los conflictos inconscientes mostrados en sus fantasías.</p>

	<p>tiene cura” a partir de su experiencia como cuidador principal de Alexander, ¿siente que su representación de sí mismo ha cambiado?</p>	<p>a Alexander “papi, yo voy a desaparecer de un momento a otro, pero créeme que tú vas a necesitar de tus medicamentos de por vida porque te lo han dicho”</p>	
<p>Identificar las representaciones que tiene el cuidador sobre sí mismo y sobre su familiar.</p>	<p>Bueno yo le había preguntado si de pronto la percepción sobre usted mismo cambió con el dx de Alexander.</p>	<p>Yo simplemente lo único que asimilé es que tengo que apersonarme de él totalmente, tengo que apersonarme no lo puedo dejar solo, desde todo por él mismo porque se puede hacer daño él</p>	<p>Aquí se observa un aspecto del rol materno del cuidado del paciente, sin embargo Carlos no solamente se representa como el padre responsable de él, sino que además representa una relación de tipo simbiótica entre padre e hijo.</p>

		<p>mismo pensaba uno, se acuerda lo que uno le dijo, le han contado de en qué consiste la enfermedad de la esquizofrenia, él se puede hacer daño, se puede suicidar, cualquier cosa.</p>	
<p>Identificar las representaciones que tiene el cuidador sobre sí mismo y sobre su familiar.</p>	<p>¿Hay algún momento en el que usted tenga algún pensamiento negativo quizá sobre usted mismo? Algo... algún momento en el que usted diga “no, me ha hecho falta esto con</p>	<p>No, que me haya hecho falta algo ¿por él? No, no, yo siempre le puse cuidado en todo, estuve pendiente hasta de su misma rebeldía y esas cosas. Lo que sí, de pronto en un momento dado, un día pensé fue en tirármelo a un bus... deprimido.</p>	<p>En este punto, lo que se ve respecto a la representación, es a un cuidador que de manera consciente se percibe a sí mismo como alguien que ha estado presente en todo momento de la vida de Alexander, sin embargo, se logra evidenciar que al final, Carlos en algún momento se representó a sí mismo como alguien que abandonaba su rol, su situación de cuidador al pensar en el suicidio.</p>

	mi hijo” o algo así.		
Identificar las representaciones que tiene el cuidador sobre sí mismo y sobre su familiar.	Para usted, toda esta situación, los síntomas, la enfermedad, la esquizofrenia ¿qué significado le da usted a eso, que haya aparecido todo esto en el familiar suyo?	Bueno, es que el principio de las cosas fue que, como usted sabe, nosotros vivíamos en los estados unidos, él era un muchacho normal, eso sí era desobediente, estaba entre los 13 a 14 años más o menos, y entonces era desobediente, porque preciso se llenó de amigos que no valían la pena. entonces ¿qué paso? le cuento, mire el famoso accidente que creo ya se lo conté ahí es que empiezan las cosas raras, osea,	Con respecto a la representación de la enfermedad, se puede apreciar que para Carlos la esquizofrenia que padece Alexander actualmente, ha sido sinónimo de la pérdida de la persona, pues él lo explica dando ejemplo de los comportamientos y síntomas que ha experimentado Alexander con el paso de la enfermedad, es decir, la enfermedad representa para Carlos la pérdida de la vida de su hijo.

		<p>mmm, le digo, él salió del hospital, ehm, me lo pasaron por esas máquinas y todo, me le encontraron un poquito de sangre en el cerebro, pero que era mejor no tocar ese cerebro porque eso lo podía asimilar el mismo cuerpo, y era más delicado tocar el cerebro, y efectivamente pues parece que eso fue lo que sucedió, pero, sí me advirtieron, como ya se lo había comentado, tanto el neurólogo que fue el primero, él dijo "a él</p>	
--	--	--	--

		<p>le van a aparecer muchas cosas</p> <p>A los seis meses, y a los seis meses empezó la, primero pues la, epilepsia, después, empezó a desvestirse en la calle, y sí, se desvestía en la casa, se desvestía en la calle, se bajaba los pantalones...pues él teniendo doctor los 41 años, pero, pues que tristeza que se perdió esa persona, se perdió esa juventud esa enfermedad empeoro las cosas porque con medicamentos tomaba alcohol también, entonces eso le</p>	
--	--	---	--

		<p>aceleraba ciertas cosas o al revés también, se le quitaba todo el poder de la medicina y empezaban sus desórdenes mentales.</p>	
--	--	--	--

Tabla 4. Fantasía en María.

Objetivo	Preguntas	María	Interpretación
<p>Analizar las fantasías de los cuidadores sobre su familiar con esquizofrenia.</p>	<p>¿Qué pensamientos ha tenido usted en los momentos en que tenido situaciones críticas con ella?</p>	<p>la parte negativa para mí es esa, que me da mucho miedo con ella, incluso, cuando ella se disgusta, se enoja, se pone grosera a mí me dicen “¡ay! usted porque no le dan la boca o no le dice sus cosas traten así” pero yo no soy capaz; si no lo hice cuando estaba pequeña, o sea, de</p>	<p>Como se podrá apreciar en el caso de María, las fantasías de las que ella se vale frente a la realidad de Mariana muestran las dos maneras en que funciona la fantasía, es decir, por un lado está el hecho de realizar un deseo, y por el otro está el aspecto defensivo con el que la fantasía se manifiesta. En este punto la fantasía pone de manifiesto la idea de una relación tensa entre María y</p>

		<p>pronto le daba sus correazos, la castigaba, pero nomás; ahora no soy capaz porque mi miedo es cómo reaccione ella, pues, porque uno ya ha escuchado de las personas con este trastorno que reaccionan muy violentos, eh... Imagínese, ella bien gordita, y yo he visto que personas con este diagnóstico proceden feo digámoslo así.</p>	<p>Mariana, pues en los pensamientos de María, está la idea de reacciones violentas frente a momentos en los que ella pueda tratar de corregir a Mariana.</p>
<p>Analizar las fantasías de los cuidadores sobre su familiar con</p>	<p>¿O sea usted más o menos empieza a identificar cuando ella</p>	<p>Sí, y por eso uno identifica eso y yo será un brujo yo le hablo duro. (6:24 se interrumpe entrevista</p>	<p>El terror de María a enfrentar a Mariana, dentro de la fantasía se relaciona con uno de los aspectos de la representación que María tiene entorno a la</p>

esquizofrenia.	va a entrar en crisis se anticipa a la crisis?	por llegada de familiar, se retoma en min 6:58). Entonces ese es el dilema mío, o sea, que de pronto yo a ella la vea como disgustada y me aterra enfrentarme a ella.	esquizofrenia; la representación que tiene María sobre la esquizofrenia es, que se trata de una enfermedad peligrosa, la cual puede llevar a quien la padece a cometer actos de violencia.
Analizar las fantasías de los cuidadores sobre su familiar con esquizofrenia.	¿Ha tenido usted alguna fantasía con ella? o sea fantasía es la Fantasía Es que de pronto haya tenido usted algo más o menos lo mismo que los sueños pero despierto.	No, yo la única fantasía que yo me hago, es que le fallaran los medicamentos y tratar normal, a ver si de pronto no le vuelve a dar, o si es que tanto medicamento también está afectando todo, porque me asara mucho tanto su presentación personal, su, tanto moral, como	Aquí María explico su mayor fantasía con respecto a su hija Mariana, pues ella consideraba que parte de la responsabilidad de la situación presente de su hija, se debía a los fármacos recetados por el especialistas. En esta fantasía, se pone en juego el hecho de realizar un deseo que es la mejoría de la paciente a causa de un fallo en algún aspecto del tratamiento, en este caso son los medicamentos; no obstante, los medicamentos en

		<p>físico, porque es que ella ha cambiado demasiado, tanto física como moralmente, ella ha visto que ya no aprende como antes, entonces, claro, yo digo “¿serán los medicamentos que por estabilizar una cosa desestabilizan otra?” o sea, tantas cosas que yo me hago preguntas, dudas, entonces, esa es mi fantasía, dejar como de dar todo eso.</p>	<p>realidad son representantes de un aspecto de María en el sentido de la desestabilización de la paciente, es por eso que más que tener un deseo de dejar de suministrar los fármacos, lo que María quisiera es dejar de dar cuidado a Mariana.</p>
<p>Analizar las fantasías de los cuidadores sobre su familiar con</p>	<p>Con relación a la enfermedad de Andrea, usted ¿qué</p>	<p>a ver, mi concepto es que, pues, en palabras mías ¿no? que primero, lo que le pasó a ella en relación</p>	<p>En este punto lo más relevante es lo que María dijo al final, es decir, la parte donde ella expresó su deseo de que quisiera que todo lo que ha vivido Mariana</p>

<p>esquizofrenia.</p>	<p>imagen se hace acerca de los síntomas de ella? ¿A qué le atribuye usted esos síntomas que ella manifiesta, Como por ejemplo, el Escuchar voces y todas esas cosas usted qué piensa sobre eso Y a quién se lo atribuye?</p>	<p>con, con la pareja que yo tuve, la mala experiencia que nos pasó, y también la relación con el papá, y pues yo diría que eso también le afectó mucho; ella no pudo o no ha podido sobreponerse a esa situación, y pues que el psiquiatra me ha dicho que hay personas así, que tienen ¿cómo se llama eso? una deficiencia para aprender a asumir esos problemas, o sea, a mí me explicaron, pero en mis palabras yo entiendo así, y que pues ella no tiene esa capacidad de,</p>	<p>desapareciera, esto tiene que ver con el deseo que tiene María de que su hija se recupere de la enfermedad y todo lo que a su juicio ha llevado al desarrollo de la misma.</p>
-----------------------	---	---	---

		<p>digamos, como de asimilar los problemas y de salir adelante, porque yo he visto que incluso, hay mujeres que les ha pasado cosas peores, han salido adelante, incluso han tenido también tratamientos y todo, y pues han salido adelante, en cambio ella No, ella se queda ahí, y ahí, y ahí, entonces, eso es lo que a mí me desespera con ella, o sea, yo sé que es un proceso y que la situación de ella es muy diferente, y usted sabe que uno como mamá, uno quisiera hacer así con los</p>	
--	--	---	--

		dedos, chasquear los dedos y ya, que eso se acabara, pero la realidad es otra	
--	--	--	--

Tabla 5. Representación en María

Objetivo.	Preguntas.	Relato de María	Interpretación
Identificar las representaciones que tiene el cuidador sobre sí mismo y sobre su familiar.	Me gustaría que usted me dijera ¿cómo ha percibido a Mariana desde que tiene el diagnóstico?	Ahí si no, realmente yo creo que lo más proveniente en lo de los medicamentos está muy muy cambiada tanto digamos tanto en la personalidad como física, a ella le cuesta aprender, ella sufre ella como de ansiedad,	Para el entrevistador es evidente que en María hay dos percepciones sobre Mariana que se mezclan entre sí, ya que por una parte ella tiene la percepción o representación de que Mariana es una persona que ha tenido ciertos aspectos que denotan degeneración en la personalidad, en lo físico y en lo cognitivo, lo

		<p>ya como tal con la enfermedad, pues hasta ahora va bien ella, ya lleva, que, como un mes y medio de que la vio un mes y medio y pues ha estado bien, ha ido a las citas, se le pregunta que como esta y ella dice que se siente bien pues hasta ahora yo no he visto nada que me diga que me hagamos que lo haga pensar uno que va a volver a recaer no y por lo general comienza es durmiendo todo el día y arropándose y no queriendo nada y no saliendo</p>	<p>cual configura a un objeto hija como algo disfuncional en ciertos aspectos; a la vez tiene una idea de que Mariana conserva mucha funcionalidad, sin embargo, en muchas ocasiones es necesario estimular a la paciente para que pueda funcionar de acuerdo a lo que se le pide en casa.</p>
--	--	---	--

<p>Identificar las representaciones que tiene el cuidador sobre sí mismo y sobre su familia.</p>	<p>Con relación a la enfermedad de Andrea, usted ¿qué imagen se hace acerca de los síntomas de ella? ¿A qué le atribuye usted esos síntomas que ella manifiesta, Como por ejemplo, el Escuchar voces y todas esas cosas usted qué piensa sobre eso Y a quién</p>	<p>A ver, mi concepto es que, pues, en palabras mías ¿no? que primero, lo que le pasó a ella en relación con, con la pareja que yo tuve, la mala experiencia que nos pasó, y también la relación con el papá, y pues yo diría que eso también le afectó mucho; ella no pudo o no ha podido sobreponerse a esa situación y pues que el psiquiatra me ha dicho que hay personas así que tienen cómo se llama eso una deficiencia para aprender a asumir esos problemas, o sea, a mí</p>	<p>La imagen que se tiene a cerca de los síntomas, es una en la que ellos representan una dificultad para superar problemas, básicamente se trata como una fijación donde Mariana, según María, se ha quedado estancada en un momento determinado de la vida que al parecer, podría tratarse de su adolescencia dada la situación de presunto abuso sexual del que Mariana habría sido víctima. Aunque no solamente se debe tener en cuenta la presunción del abuso sexual, sino que además, también entra en juego la ausencia del padre, ya que esto también se considera como un representante del desarrollo de la enfermedad y sus síntomas.</p>
--	--	---	---

	se lo atribuye?	me explicaron pero en mis palabras Yo entiendo así y que pues ella no tiene esa capacidad de, Digamos como de asimilar los problemas y de salir adelante	
Identificar las representaciones que tiene el cuidador sobre sí mismo y sobre su familiar.	Desde el momento en que usted ha estado al pendiente de ella usted ¿cómo se ha representado a usted misma en todo este proceso, desde el momento en que ella	A ver, pues la verdad, yo en parte me siento como culpable de lo que le pasó, y pues yo trato de estar pendiente de ella, pendiente o sea, y quisiera estar más pendiente... Pues la verdad lo que pasó cuando ella estaba pequeña con la persona que yo estuve y pues yo digo no que si de pronto eso no	María también se ha encargado de convertirse a ella misma en una representación de la enfermedad de su hija Mariana, ya que ella misma se atribuye gran parte de la responsabilidad de los eventos que ella misma dice que llevaron a Mariana a desarrollar la esquizofrenia. En este punto lo que constituye a la culpa es el fallo como madre, dado que María deja al entendimiento que no ha podido cuidar de Mariana tanto como seguramente hubiera querido.

	empezó a mostrar síntomas? O mejor dicho en el momento de que usted empezó a hacerse cargo el cuidado de la enfermedad de ella.	hubiera pasado ella no estaría así.	
--	---	--	--

Tabla 6. Mecanismos de defensa en María.

Objetivo.	Preguntas.	Relato de María	Interpretación.
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar	¿Y hace cuánto que ocurrió lo del diagnóstico de Mariana?	Estamos pendientes de la charla o las citas con el psiquiatra, pues porque muchas dudas, o sea, uno a veces cree que esto es mentira, sí, digámoslo sinceramente... Sí nos importa mucho la citas con el psiquiatra, más que todo a mí, que me ayude porque muchas	La negación en el caso de María, funciona como un método o una manera de querer negar la realidad que vive Mariana en su actualidad, este mecanismo de defensa, como ya se había dicho, es algo muy recurrente durante los encuentros con la entrevistada lo importante del caso es que dicha negación, viene acompañada de una fantasía de la que se habla más

		veces yo dudo de lo que ella tiene.	adelante y con algún sentimiento de culpa.
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.	Bueno, cuénteme una cosa un poco más familiar ¿usted ha vivido con el papá de ella?	No, porque el papá siempre ha sido pues ausente, y pues ahorita último que ha pasado todo esto que ha estado internada, hospitalizada, pues él dice que no cree en nada de esto, o sea cero, nada, que él no cree en nada de eso.	Lo que aquí se puede apreciar, la identificación con el padre de Mariana. La exposición de este relato de María demuestra la identificación, ya que a lo largo del caso se puede apreciar la impresión de que María en realidad asume la culpa, los reproches que le ha hecho el padre de Mariana a causa de la enfermedad que sufre; de alguna forma el padre trata de deshacerse de la responsabilidad acudiendo a María como su chivo expiatorio. También se debe tener en cuenta que para el caso, también entra en juego la proyección de dicha culpa, lo que permitiría a María

			hacer de su sentimiento de culpa menos pesado
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.	okay, aquí usted me plantea dos cosas, por un lado, está el hecho de que usted piensa que los síntomas que ella está presentando son un factor que la hace estancarse, a ella en comparación con otras personas, pero, por otro lado, está la parte con la	Pues cuando ella las escucha mucho, ella no alcanza a entender que dicen le, dicen puros murmullos, murmullos y murmullos, en varias ocasiones ella escucha; la otra vez que fue muy duro la situación que ella decía que... que ella no servía para nada, que se matará que era la mejor solución. A ella le Empezó temprano esa enfermedad, y pues yo al principio no creía que eso era una enfermedad, y yo pues	En esta pregunta, surge nuevamente la negación ante la enfermedad.

	esperanza de que ella quizás, en medio de todo esto, pudiera salir hacia adelante, usted conserva esa esperanza y bueno; yo recuerdo que usted me decía que ella oía voces que me hablaban ella le menciona o le ha mencionado específicamente qué le	“¿cómo así que una enfermedad? si a ella no le duele nada ella no siente”.	
--	---	--	--

	dicen Esas voces a ella		
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de su familiar.	¿Cómo ha cambiado usted personalmente en este proceso?	Yo Pues digamos que me he vuelto como que más fuerte Porque a mí me afectaba mucho las cosas y yo era una persona muy miedosa y ahora trato como de, de hacerme cómo le he dicho la fuerte la Valiente.	La evidencia de este relato, deja la impresión de que la formación reactiva, también es uno de los mecanismos de defensa que opera de manera frecuente en María, puesto que ella necesita mostrarse a sí misma como alguien fuerte frente a Mariana, lo cual sucede por dos razones. La primera razón es que ella necesita motivar a Mariana a ser más activa, y la segunda razón tiene que ver más que todo como una manera de reparar el daño que María siente que de alguna manera le hizo a su hija.
Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores	En su estado de salud durante la enfermedad de Mariana	Sí, la verdad sí, la verdad sí, porque yo sufro mucho de migraña, sufro mucho de colon irritable y, en	El mecanismo de la conversión, que se puede entender como la manera en que los conflictos psíquicos se traducen en el cuerpo a través de síntomas, en

<p>ante la enfermedad de su familiar.</p>	<p>¿Cómo ha estado? ¿Le ha dado algún síntoma o algo que sea muy recurrente?</p>	<p>mí pues no sé, el médico dice que es mucha fuerza que yo hago en mi trabajo y me duele todo eso, las piernas, entonces ya cuando Andrea se enferma a mí se me quita todo, se me quitan los dolores, porque a que por ejemplo, cuando... Andrea se ha hospitalizado aquí tres veces, yo mantengo o me duele el estómago, o me duele mucho la cabeza, y eso es así, se me quita, y... porque yo mantengo así, madrugo y si es de venir aquí por la mañana, la segunda</p>	<p>este caso se hace evidente el conflicto entre aceptar completamente la situación de Mariana teniendo en cuenta los relatos previos, y la negación de la realidad, ya que la experiencia del cuidado de Mariana no ha sido una experiencia gratificante para María; por tal motivo, en los momentos en los que Mariana ha sido internada, María experimenta una sensación de alivio que a la vez se traduce en la ausencia de síntomas, pues en ese momento la responsabilidad de cuidar a Mariana se le transfiere al personal de la salud.</p>
---	--	--	--

		<p>vez que tenía que venir todos los días acá, porque yo venía, porque no quería dejarla sola, ella me decía “no mami no venga todos los días porque esa gastadera de plata y que no sé qué” y “no, igual haga de cuenta que estoy trabajando y vengo acá y le doy vueltica después de trabajar” salía temprano y yo no sentía ningún dolor y antes trabajaba más venía acá y listo y al otro día todos los días será normal, normal norma, pero ya cuando ella sale, a los días ya empiezo otra</p>	
--	--	--	--

		<p>vez que me duele aquí, y la cabeza, todo, que una cosa, que la otra, son como es como esa fortaleza que Dios le da a uno cuando sus hijos se enferman porque están en una situación así y, y a veces lo que yo siento que cuando o la una o la otra se enferma a mí se me quita todo a mí se me quita la migraña se me quitan los dolores.</p>	
<p>Identificar los mecanismos de defensa que activan los cuidadores ante la enfermedad de</p>	<p>¿Cómo sea representado a usted misma? O mejor dicho ¿cuál es la imagen que</p>	<p>yo frente a ella trato de, digámoslo así, de simular o hacer que no me interesa, o que eso no... no está sucediendo, porque si yo me pongo “ah</p>	<p>Aquí a diferencia de lo que ha sucedido en otras ocasiones, María pasa al acto en cuanto a la negación se refiere, sin embargo, también hay una formación reactiva en el sentido en que ella trata de actuar fuerte y</p>

su familiar.	tiene de usted misma en relación con ella a partir del cuidado de la enfermedad?	pobrecita la niña, que venga” yo digo, no esa imagen yo no tengo, pero no puede ser porque si yo me pongo en esas puede que le haga más daño, entonces sí, yo me pongo frente a ella fuerte “bueno haciendo esas cosas, tómese sus medicamentos, hacer ejercicio”	motivadora frente a Mariana, cuando lo que se evidencia en otras narraciones del caso es que en realidad hay miedo y angustia en María frente a las posibles reacciones violentas de Mariana.
--------------	--	---	---

