



**Procesos resilientes en un grupo de familias con un miembro diagnosticado con
enfermedad mental**

Carolina Cerquera Calderón

Pontificia Universidad Javeriana Cali

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Maestría en Asesoría Familiar – Modalidad Virtual

Santiago de Cali, 14 de julio de 2025

**Procesos resilientes en un grupo de familias con un miembro diagnosticado con
enfermedad mental**

Carolina Cerquera Calderón

**Director
Mag. Cesar Fabricio Torres Hurtado**

**Pontificia Universidad Javeriana Cali
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Maestría en Asesoría Familiar – Modalidad Virtual
Santiago de Cali, 14 de julio de 2025**

NORMATIVA

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a quienes hicieron posible este trabajo y a quienes me acompañaron en este camino.

A mis docentes y director de trabajo de grado, por su guía, por sus aportes rigurosos y por motivarme a mirar más allá de lo evidente. Gracias por acompañarme en este proceso.

A las familias e hijos que participaron de este estudio, por compartir sus vivencias las cuales le dieron sentido a este trabajo.

A mis amigos y compañeros de trabajo que me apoyaron en este camino, muchas veces desafiante pero profundamente enriquecedor.

A mi familia, por ser mi inspiración y apoyo, y por recordarme siempre el valor del amor, la paciencia y la esperanza.

Gracias a Dios y a la vida por darme la oportunidad de crecer, de cumplir el sueño de aprender y contribuir, aunque sea en una pequeña medida, al bienestar de otros.

Tabla de contenido

Introducción	1
Marco metodológico.....	25
Tipo de investigación.....	25
Diseño.....	26
Participantes	27
Criterios de inclusión.....	27
Criterios de exclusión.....	28
Técnicas de recolección de información.....	28
Familiograma	28
Entrevista semiestructurada	29
Categorías	30
Procedimiento	33
Consideraciones éticas	36
Para esta investigación se consideraron los siguientes aspectos éticos:.....	36
Resultados.....	37
Discusión	87
Conclusiones	95
Bibliografía	97
Anexos.....	106

Lista de tablas

Tabla 1. Categorías de análisis.....	41
Tabla 2. Consolidado juicio de expertos entrevista a padres	123
Tabla 3.Consolidado juicio de expertos entrevista al Hijo	137

Lista de figuras

Figura 1. Familiograma Familia Leo.....	38
Figura 2. Familiograma Familia Sofía	52
Figura 3. Familiograma Familia Julián	71

Lista de Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado

Anexo B. Protocolo de atención en crisis en el momento de la recolección de datos

Anexo C. Consolidado juicio de expertos

Anexo D. Guía de entrevista semiestructurada para padres

Anexo E. Guía de entrevista semiestructurada para el hijo

Anexo F. Lista para la elección de personas participantes (para psiquiatras y psicóloga)

Anexo G. Conceptos claves

Resumen

Tras el diagnóstico de una enfermedad mental en uno de sus miembros, la familia puede asumirlo como un impacto negativo o como una oportunidad para reorganizarse y activar recursos de autorreparación (Walsh, 2005). Por lo que a través de la presente investigación se buscó reconocer los procesos de resiliencia que las familias participantes ponen en marcha ante el diagnóstico de enfermedad mental en uno de sus hijos.

Metodológicamente, se trató de una investigación no experimental, con enfoque cualitativo y diseño de estudio de casos múltiples. Se contó con la participación de tres familias y los hijos diagnosticados con enfermedad mental. Se realizaron familiogramas y entrevistas semiestructuradas tanto a los padres como a los hijos diagnosticados, con el fin de comprender cómo enfrentaron esta situación y qué recursos familiares movilizaron ante el desafío.

Se encontró que, tras el diagnóstico de una enfermedad mental, las familias intentaron mantener su estructura y dinámica previas, buscando preservar la cotidianidad como una forma de hacer frente a la crisis, tanto los padres como los hijos perciben mayor unión familiar tras la situación de diagnóstico de enfermedad mental.

Aunque cada familia vivió la resiliencia desde su propia historia y contexto social, los patrones organizacionales relacionados la conexión entorno la unión familiar fue el elemento de resiliencia más destacado por las familias, el cual se fortaleció a nivel de la familia nuclear y de la familia extensa.

Palabras claves: resiliencia familiar, enfermedad mental, dinámica familiar, enfoque cualitativo, estudio de casos múltiples

Abstract

Following the diagnosis of a mental illness in one of its members, a family may perceive it either as a negative impact or as an opportunity to reorganize and activate self-repair resources (Walsh, 2005). This study aimed to identify the resilience processes activated by families in response to the mental illness diagnosis of one of their children.

Methodologically, this was a non-experimental, qualitative study with a multiple case study design. Three families participated, including children diagnosed with a mental illness. Family genograms and semi-structured interviews were conducted with both parents and diagnosed children to explore how they coped with the situation and what familial resources were mobilized in the face of this challenge.

Findings showed that, after the diagnosis, families sought to preserve their preexisting structure and dynamics, maintaining everyday routines as a coping strategy. Both parents and children reported increased family cohesion following the diagnosis.

Although each family experienced resilience based on its own history and social context, organizational patterns related to connection and family unity emerged as the most prominent resilience factor, reinforced at both the nuclear and extended family levels.

Keywords: Family resilience, mental illness, family dynamics, qualitative approach, multiple case study

Introducción

La familia es reconocida como *la unidad básica y fundamental de la sociedad ya que constituye la unidad de reproducción y de mantenimiento de la especie humana* (Valladares, 2008), además tiene la capacidad de ser un factor que puede influir positiva o negativamente en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad (Balcázar et al., 2015). Es de aclarar que la familia es más que la suma de las características de sus integrantes, por lo que se debe comprender como un conjunto de interacciones (Herrera, 1997), donde la conducta de un miembro influye y es influida por los demás elementos del sistema (Minuchin, 1986). Las familias tienen elementos protectores la unión, la intimidad, el acompañamiento, la reciprocidad y el afecto, los cuales reducen el impacto emocional al recibir la noticia de un diagnóstico de enfermedad de un ser querido (Uribe, 2020), como también tiene la capacidad de reorganización ante las situaciones de estrés y de autoreparación (Walsh, 2005).

En el momento en que uno de los miembros de la familia es diagnosticado con enfermedad mental se transforman las dinámicas preestablecidas (Solano y Vasquez, 2014), generando cambios en la vida familiar que podrían ser enmarcados en un antes y un después del diagnóstico, debido a los cambios que éste generará en el proyecto de vida personal y familiar.

Según la Confederación de Salud Mental de España, se estima que los problemas de salud mental representan el 12,5 % a nivel mundial. Además, una de cada cuatro personas desarrollará un trastorno mental a lo largo de su vida. Se proyecta que, para el año 2030, los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad (Confederación de Salud Mental España sf.).

En Colombia para el año 2023, el 66,3 % de la población declara que en algún momento de su vida ha presentado algún problema de salud mental. Este porcentaje es significativamente mayor entre las mujeres en un (69,9%), en el rango de 18 a 24 años el

75,4% (Minsalud, 2023). Además, el 16 de junio se oficializó la Ley 2460 de 2025, la cual impulsa un modelo de atención basado en el enfoque biopsicosocial, fortaleciendo la atención integral y la participación activa de la comunidad (Congreso de la república, 2025).

De forma inicial tras el diagnóstico las familias sufren el duelo por la pérdida de la salud, en un primer momento los familiares ponen de manifiesto sentimientos de resignación, preocupación, angustia, desconcierto, incompreensión, no aceptación y resistencias al dictamen que los especialistas comunicaron en el diagnóstico, y su pronóstico (Solano y Vásquez, 2014). Pero también inicia el reto familiar de acompañar a su ser querido desde la solidaridad, la expresión de afecto y propuestas que alivien sus preocupaciones (Uribe, 2020).

Las emociones expresadas (EE) por la familia tras el diagnóstico influye significativamente en el curso de las enfermedades mentales y físicas de curso crónico, como trastornos afectivos en comparación con los entornos con baja EE (Ellis et al., 2014). En familias con alta EE, el riesgo de recaída en los primeros nueve meses alcanza el 50 %, mientras que en contextos de baja EE disminuye al 15 % (Vaughn y Leff, 1976; Bebbington y Kuipers, 1994).

Algunas familias, tras el diagnóstico de enfermedad, experimentan diferentes desafíos, en relación con el cuidado de la persona con diagnóstico de enfermedad mental y emplean estrategias de afrontamiento, como recibir apoyo de la familia extensa y la aceptación de la realidad de la enfermedad mental (Shimange et al., 2022).

Con el diagnóstico de enfermedad mental, la familia puede enfrentar esto desde una perspectiva que sobrevalora el trastorno y su impacto negativo en la vida de la persona y de la familia, o bien desde los recursos para la reorganización ante las situaciones de estrés y la capacidad de autorreparación (Walsh, 2005), lo cual es conocido como resiliencia familiar, la cual permite optar una visión positiva de la familia y no un enfoque patologizante, partiendo desde sus recursos y capacidades. Cuando el sistema familiar se ve desafiado por la enfermedad, la resiliencia familiar no solo produce un efecto directo en la mejora de la calidad

de vida del paciente sino también la calidad de vida de sus familiares (Li et al. 2019). La resiliencia familiar tiene gran importancia para comprender cómo la familia influye en la salud y en el curso de las enfermedades (Walsh, 1998), teniendo en cuenta que la resiliencia se construye a través a través de la adversidad, y no a pesar de ella (Walsh, 1998).

La investigación que acá se desarrolla, busca explorar los procesos resilientes con los que cuentan algunas familias, en el momento que uno de los hijos es diagnosticado con enfermedad mental.

Buscando profundizar en el desarrollo de esta temática se hizo revisión de antecedentes de estudios empíricos en torno a la resiliencia familiar y enfermedad mental. Para la cual se realizó una búsqueda en las bases de datos y diferentes plataformas tales como Google Académico, American Psychological Association (APA), ScienceDirect, Elsevier, PubMed, ProQuest, SciELO y Revista Colombiana de Psiquiatría, recopilando investigaciones y artículos científicos relacionados con el tema de investigación. El estado del arte incluye investigaciones a nivel internacional hasta las desarrolladas a nivel nacional.

A nivel internacional se encontraron investigaciones como las que se mencionan a continuación.

Power et al. (2016) realizaron en Australia un estudio con once hijos de padres diagnosticados con enfermedad mental, encontrando que las familias desarrollan resiliencia mediante procesos como el humor compartido, así como a través de rituales y rutinas que ayudan a mantener la funcionalidad diaria. En algunos casos, la comunicación abierta sobre la enfermedad permitió afrontar mejor las crisis parentales y fortalecer el sentido de conexión familiar.

En Australia, Perak et al. (2024), llevaron a cabo una investigación con quince participantes sobre los recursos de los padres con cáncer y sus parejas, encontrando que la flexibilidad familiar permite que la pareja asuma el rol de cuidador siendo esta la clave para mantener la funcionalidad familiar al igual que recibir apoyo de otras personas. Además,

mantener una comunicación abierta y la esperanza permite a la familia afrontar el diagnóstico de cáncer. Esta investigación muestra un panorama de las estrategias que ponen las familias en marcha ante procesos de salud-enfermedad física, situación que podría relacionar en el caso de familias que afrontan una situación de salud mental, en relación con los procesos que se dan tras el diagnóstico.

En China, Liu et al. (2022), desarrollaron un estudio desde la perspectiva de doce hijos que crecieron con padres diagnosticados con trastorno bipolar. El estudio encontró que, desde la perspectiva de los hijos, la resiliencia familiar se construyó a partir de los esfuerzos de los padres con diagnóstico de trastorno bipolar por ser buenos padres, las fortalezas personales y actitudes positivas de los padres sanos hacia los padres enfermos, y el apoyo de sus redes sociales.

Zhang et al. (2023), estudiaron en China la relación de los padres con hijos hospitalizados con enfermedad mental, en el cual participaron catorce padres. Dicho estudio encontró que los padres atraviesan por diferentes etapas tras la hospitalización de sus hijos, tales como la de descompensación, lanzamiento (Cuando el niño fue hospitalizado), recuperación (o transición), normalidad. Durante cada fase los padres enfrentan diferentes desafíos, pero no es sino hasta la etapa de transición donde hay mayor reflexión familiar, se integran diversos recursos familiares y se busca la construcción de un nuevo equilibrio.

Zhu et al. (2024), realizaron un estudio en China con 23 pacientes de cáncer del pulmón, se encontró que un sistema positivo de creencias sirvió como amortiguador ante la situación dándole un posible significado al diagnóstico de cáncer, al igual que mantener una actitud positiva. Además, se observó que tener una organización familiar flexible contribuye a preservar la estructura familiar, mientras que el hablar de las emociones y el recibir apoyo para la resolución de problemas contribuyen al proceso de adaptación.

Sari y Duman, (2024), realizaron una investigación en Turquía con personas diagnosticadas con esquizofrenia y el cuidador familiar, se contó con veinte participantes. Se

encontró que brindar apoyo, el amor mutuo entre la familia, luchar sin rendirse y mantener la esperanza, contribuye a la resiliencia familiar debido a los muchos déficit o debilidades que la enfermedad mental pueda acarrear y contribuye a la recuperación de la familia y del integrante que tiene el diagnóstico; manteniendo una perspectiva positiva orientada hacia las soluciones.

Suparit et al. (2023), estudiaron en Tailandia a 21 tutores de niños y adolescentes con leucemia, en el cual expresan que la resiliencia familiar inicia tan pronto reciben el diagnóstico hasta el momento en el proceso de adaptación familiar. Identificaron tres temas centrales: modificación de creencias y perspectivas en relación con la enfermedad y fortalecer la espiritualidad para mantener la esperanza; patrones de funciones y planificación ya que identifican sus limitaciones y buscan apoyo social y familiar; y comunicación en relación con información y emociones para la toma de decisiones. Esta investigación da una perspectiva de los elementos de la resiliencia familiar que se pueden poner en marcha los cuidadores (padres, abuelos u otro familiar) ante un proceso de enfermedad crónica de uno de sus miembros, aplicando elementos que podrían relacionarse con familias que afrontan una situación de salud mental, dada la similitud en los desafíos adaptativos y emocionales que ambos contextos suponen.

En India, Chettiar et al. (2023), realizaron un estudio sobre resiliencia familiar, la gravedad de la depresión y la autoestima, el cual contó con 63 participantes con trastorno depresivo mayor, encontrando que a mayor resiliencia familiar menor es la severidad de la depresión, en el sentido que cuando un miembro de la familia es diagnosticado con enfermedad mental, se convierte en un desafío para todos los integrantes de la familia, y son capaces de responder a esta situación involucrando fortalezas y recursos. Además, el estudio encontró que a mayor resiliencia familiar mayor es la autoestima de la persona con trastorno depresivo mayor.

En Indonesia, Kusumawaty et al., (2021), estudiaron la resiliencia familiar en ocho madres que tenían hijos con consumo de drogas. Encontrando como facilitador de la resiliencia familiar, que ante los momentos de crisis las familias se fortalecen en las creencias religiosas y

se encuentran limitantes como los problemas económicos que afectan la armonía y la resiliencia familiar, esto además se relaciona con el poco tiempo que los padres ocupan al interior del hogar ya que están centrados en trabajar para cubrir las necesidades diarias, además de la incapacidad para ejercer los roles adecuadamente, la falta de tolerancia, y la dureza del entorno.

Chew et al., (2018), estudiaron en Singapur la resiliencia familiar en 15 jóvenes con epilepsia. Encontrando que el sentido de la actitud positiva era considerada como mecanismo para el afrontamiento, junto a las creencias familiares. Las fuertes relaciones entre los miembros de la familia facilita la realización de actividades compartidas que promueven el sentido de conexión, la comunicación y la negociación entre ellos, además, que en la medida que las decisiones se adaptaban a las diversas necesidades la familia sus miembros se sentían valorados y a su vez esto fortalecía las relaciones.

Bishop y Greeff, (2015), desarrollaron un estudio con 42 familias sudafricanas que tenían un miembro diagnosticado con esquizofrenia. En el cual identificaron recursos resilientes que los ayudaron a adaptarse a los diversos desafíos de la enfermedad mental, tales como los ingresos familiares, la búsqueda de apoyo en su comunidad, la disponibilidad de hospitales, iglesias y profesionales, la unión familiar, la comunicación familiar, la fortaleza familiar, el compromiso con la familia, el replanteamiento de las crisis como un desafío y un locus de control interno dentro de la familia.

Además, en Sudáfrica Shimange et al., (2022), buscaron comprender la experiencia de los cuidadores que viven con una persona que tiene enfermedad mental; en el cual participaron ocho personas. Encontrando que los familiares que cuidan a la persona con enfermedad mental se sentían preocupados en relación con temas de seguridad propios (debido a que el familiar con enfermedad mental en ocasiones se tornaba violento) y de la persona enferma (debido a que algún vecino los pudiera herir). Así mismo, enfrentan dificultades económicas y agotamiento derivados del rol de cuidado Como estrategias para el afrontamiento, los

participantes destacaron el apoyo de la familia extensa y asumieron la realidad de que la enfermedad mental era una responsabilidad de por vida.

En Reino Unido, Baruch et al. (2018) desarrollaron un estudio con 18 participantes en torno a los desafíos que enfrentan las familias con personas con trastorno afectivo bipolar. En el cual se encontró que los participantes experimentaron diversos desafíos a la hora de prestar apoyo a su familiar, como al inicio el comprender los cambios que se habían generado en el familiar y buscar ayuda, tras la estabilización surge el temor a las recaídas y a su vez confianza en que el familiar se recupera. Durante el proceso, los familiares buscan brindar apoyo con cuidado tratando de evitar ambivalencias en la comunicación y apoyo ante los síntomas presentes. También se identificó la dificultad para apoyar al familiar en tiempos de crisis.

Heuse et al. (2024), realizaron un estudio en Alemania con 76 padres que tenían diagnóstico de cáncer y tenían hijos pequeños. En el cual resalta que aceptar la enfermedad y las limitaciones físicas ayuda a mantener una perspectiva positiva de la situación. Tener una organización familiar flexible es útil ante la adaptación junto con los recursos sociales y económicos. La comunicación abierta, la expresión de emociones y la resolución de problemas son elementales ante el diagnóstico de cáncer. Esta investigación ofrece una perspectiva sobre los elementos de la resiliencia familiar que pueden activarse ante el diagnóstico de una enfermedad crónica en uno de sus miembros. Sus hallazgos resultan aplicables al contexto de la salud mental, dada la similitud en los desafíos adaptativos, emocionales y relacionales que ambos escenarios implican para las familias.

Por su parte Sell et al. (2021) estudiaron la funcionalidad familiar en familias con padres diagnosticados con enfermedad mental, en el cual participaron 216 familias, encontrando que las familias tenían un funcionamiento familiar deteriorado debido a la enfermedad mental.

En Suiza, Sapin et al. (2016) exploraron las relaciones de apoyo y tensión en las redes familiares de personas con enfermedades mentales, en 60 personas. Se encontraron cuatro patrones de relaciones: capital social vinculante (hay grandes conexiones familiares y apoyo

colectivo mutuo , a pesar de los conflictos), capital social puente (las relaciones se centran en el individuo, hay menos conexiones directas entre otros miembros), sobrecarga (desequilibrio entre el apoyo recibido y el dado, ya que los individuos proporcionan mucho apoyo pero reciben poco) y conflicto centrado en el ego (Las personas en este patrón ocupan una posición central en los conflictos familiares y reciben poco apoyo.).

En Grecia, Aivalioti et al. (2020), desarrollaron un estudio desde el papel de la resiliencia familiar en el bienestar de los padres, que ha encontrado que el mayor factor protector de los padres fueron los recursos sociales; por su lado, la comunicación para la resolución de problemas y el sistema de creencias, no surgieron como predictores significativos del bienestar parental.

En España, Acero et al. (2016), buscaron conocer la relación de las familias que viven con la enfermedad mental grave en el cual participaron 6 familias y 18 personas, de las cuales 6 participantes tenían diagnóstico de enfermedad mental. Encontraron que la mayoría de las familias describen la situación de enfermedad mental como dolorosa y difícil. Tras el diagnóstico los participantes buscaron encontrar un nuevo sentido de vida y mantener las actividades previas. Además, algunos familiares experimentaron el secreto y la soledad, en contraste con otros que resaltan la importancia de poder hablar y contar con alguien.

Benítez et al. (2021), desarrollaron un estudio entre España y México sobre el vínculo y la resiliencia familiar durante el Covid-19, contando con una población de 388 personas. En el cual se encontró que, a pesar de las diferencias socioculturales entre las poblaciones, las creencias compartidas y esperanzadoras emergen a partir de la consolidación de los vínculos, los cuales ayudan hacerle frente a la pandemia. La pandemia por COVID-19 sometió a la población mundial a una situación crítica, generando desorganización emocional, incertidumbre y alteraciones en la dinámica familiar y social. Esta experiencia podría relacionarse a la vivida por quienes enfrentan el diagnóstico de una enfermedad mental, ya que en ambos casos se

pone en juego la estabilidad emocional, los vínculos afectivos y la capacidad de adaptación frente a contextos de alta vulnerabilidad.

En México, Bravo et al. (2019), investigaron los factores familiares de riesgo y protección asociados al suicidio en adolescentes, con la participación de 22 personas. Se encontró que, frente a la creación de estrategias de prevención y promoción de la salud mental, la organización familiar específicamente a través de la categoría conexión entre los miembros de la familia ha resultado de mayor trascendencia frente a los factores familiares de protección frente a la conducta suicida en adolescentes.

En Brasil, Zerbetto et al. (2017), desarrollan un estudio con 15 profesionales de la salud frente a los atributos de resiliencia que son críticos en los familiares de dependientes de sustancias psicoactivas. Los profesionales de la salud mental consideran que los elementos de la resiliencia familiar estaban presentes en la comunicación asertiva, los patrones organizacionales y las fortalezas familiares. Por su lado resaltan el papel terapéutico de las habilidades comunicativas en la familia.

Ruiz et al. (2021) realizaron en Brasil un estudio con veinte familiares de personas que consumen sustancias psicoactivas, encontrando que la resiliencia familiar se apoya en recursos emocionales, afectivos, informativos, institucionales, económicos y sociales para afrontar los desafíos dentro y fuera del núcleo familiar. El amor entre los miembros fue un motivo clave para no rendirse, y el apoyo espiritual y emocional, una fuente de motivación para continuar el tratamiento. No obstante, se identificaron limitaciones en la comunicación familiar.

Además, en Brasil, Nascimento et al. (2015) estudiaron los desafíos de las familias que tienen personas con enfermedad mental, en el cual participaron 19 personas. Encontrando que la familia busca ser un apoyo seguro y confiable. Identificaron desafíos cómo hacer frente a la agresividad, la desobediencia y la adherencia al tratamiento de los pacientes. El trastorno mental debilita la estructura familiar, frente a las relaciones internas y externas dado que se ven comprometidas, provocando daños físicos, emocionales y financieros. A pesar de que los

familiares están sobrecargados, sienten satisfacción al cuidar al paciente. Muchas familias no saben cómo actuar ante las crisis de los pacientes.

A nivel nacional se encuentran investigaciones como la de Rodríguez et al. (2023), quienes realizaron un estudio en familias en condición de vulnerabilidad buscando explorar los niveles de funcionamiento familiar, salud mental, ansiedad, autoestima y calidad de vida. En el cual participaron cincuenta familias, con un total de 100 participantes, distribuidos en 50 padres y 50 adolescentes. Encontrando altos niveles de disfunción familiar en 68 % de los participantes, de los cuales un 15 % percibe la disfunción familiar como severa. También se encontró una fuerte asociación existente entre las variables de funcionamiento familiar, autoestima (la cual no es la misma entre los padres y el adolescente) y calidad de vida (la mayoría de los participantes se ubicaron en un nivel medio), los cuales pueden ser moderadores entre ellos o convertirse en factores de riesgo.

Padilla et al. (2016) realizó un estudio con doce profesionales en el área de salud mental entorno a la adherencia familiar, en donde identifican actitudes de la familia hacia el paciente como los cuidados, la promoción de autonomía y la vinculación afectiva como factores facilitadores del proceso de adaptación y de la adherencia familiar, resaltando la importancia del soporte afectivo. Por otro lado, identificaron factores que alejan a las familias y a los pacientes del proceso tales como historia de conflicto o experiencias con el consultante y el trastorno tales como daños emocionales o materiales.

Solano et al. (2014), buscaron abordar las representaciones sociales en torno a la enfermedad mental, contó con la participación de 17 familiares de pacientes con enfermedad mental y un grupo familiar, encontrando que tras el diagnóstico de enfermedad mental hay un quiebre en la historia familiar-cotidiana y los resultados recibidos de la parte médica, lo cual lleva a la familia a diversos desafíos en relación con la aceptación de este. La familia atraviesa una crisis generada por las diferencias, las contradicciones, la economía y el cuidado, lo cual genera inestabilidad en la estructura de la familia y la armonía de sus miembros. Las familias

cuidan al enfermo desde el afecto, la obligación y la culpa, en medio de este proceso las alegrías animan las situaciones difíciles.

Tras la revisión de la literatura se identifican que hay algunos aspectos en común entre los antecedentes de investigaciones empíricas, que se podrían agrupar en dos grupos, por un lado, la familia ante la enfermedad mental y la resiliencia familiar ante procesos de enfermedad.

En relación con la familia ante la enfermedad mental se encuentra que tras el diagnóstico de enfermedad mental las familias pasan por diversas etapas para asimilar el diagnóstico de enfermedad mental (Solano et al., 2014, Padilla et al., 2016, Baruch 2018), en este camino la familia puede experimentar un quiebre y crisis (solano et al, 2014), encontrando que la enfermedad mental afecta el funcionamiento familiar (Sell et al., 2021) debido a los cambios en las estructuras familiares, problemas económico (Nascimento et al., 2015, Kusumawaty et al., 2021, Shimange et al., 2023) emociones como tristeza y culpa (solano et al., 2014) en algunos casos se describe la situación como dolorosa y triste (Acero et al., 2016). Además, la familia se enfrenta al desafío de cuidado (Nascimento et al., 2015, Padilla et al., 2016, Solano et al., 2014, Shimange et al., 2023,) y con este la adherencia al tratamiento (Solano et al., 2014, Nascimento et al., 2015, Padilla et al., 2016, Shimange et al., 2023).

Frente a este proceso, la familia desarrolla recursos a través de la crisis suscitada tras el diagnóstico de enfermedad mental de uno de sus miembros, como lo propone Froma Walsh frente a la resiliencia familiar la cual compone tres procesos fundamentales, sistema de creencias, patrones organizaciones y procesos comunicativos (Walsh, 1998; 2003; 2012; 2016). Se encontró que las investigaciones compartían algunos aspectos en común frente a los componentes de cada uno de los procesos fundamentales; es de aclarar que cada uno de los componentes son importantes y se encuentran entrelazados entre sí. Las creencias positivas como la esperanza (Bermúdez et al., 2021, Suparit et al., 2023, Perak et al., 2024, Sari y Dumani, 2024,) , el humor (Power et al, 2016) y la actitud positiva (Crew et al., 2018, Liu et al., 2022, Zhu et al., 2024, Sari y Dumani 2024 Heusel 2024) las cuales hacen que la familia

mantenga la creencia en el bienestar de paciente y luchan por este día a día, también los recursos sociales (Liu et al., 2022, Suparit et al., 2023, Bishop et al., 2018, Nascimento et al., 2024, Aivalieti et al., 2020) y económicos (Bishop et al., 2018, Heuse et al., 2024, Ruiz et al., 2021) dado que tras el proceso de enfermedad la familia requiere apoyos para hacerle frente al proceso. Por otro lado, tener flexibilidad en el rol ayuda a mantener la funcionalidad familiar (Power et al., 2016, Perak et al., 2024, Zhu et al., 2024, Heusel et al., 2024). Además, resaltan la importancia de la expresión emocional sincera (Suparit 2023, Bishop 2018 Zhu 2023) y la resolución cooperativa de problemas (Crew 2018 Heuse 2024, Zhu 2024) lo cual facilita la comprensión de las diferencias y los acuerdos.

En la literatura revisada no se encontraron investigaciones colombianas en relación con la resiliencia familiar y el área de la salud mental y/o enfermedad mental, de igual forma son pocas las investigaciones desarrolladas en Latinoamérica en torno a este campo de investigación, por lo que se hace necesario realizar estudios entorno a la resiliencia familiar (Houser et al., 2024) como también el desarrollo de estudios para conocer la forma de apoyar al paciente y a la familia (Shimange et al., 2022).

Debido a que en los estudios empíricos revisados en su mayoría tienen en cuenta la postura de uno de los miembros de la familia, investigadores recomiendan a futuras estudios vincular a diversos miembros de la familia (Bishop et al., 2015, Nascimento et al., 2015, Acero et al., 2016, Bravo et al., 2019, Sell et al., 2021, Rodríguez et al., 2023) al igual que indagar directamente al paciente (Padilla et al., 2016, Chettiar et al., 2023). También se recomiendan desarrollar investigaciones de resiliencia familiar, con un poco más de detalle en relación con los diagnósticos partiendo de las características propias de cada trastorno (Bishop et al., 2015), además de desarrollar estudios en minorías poblacionales, grupos étnicos (Brush et al., 2018) y tener en cuenta el estrato socioeconómico (Aivalioti, et al., 2020).

Frente al tipo de investigación se encuentran en mayor medida investigaciones de tipo cualitativo, y las investigaciones cuantitativas sugieren hacer uso de diversos métodos de

investigación para analizar diversos factores (Chettiar et al., 2023), junto a esto se ve la necesidad de realizar estudios longitudinales (Aivalioti, et al., 2020) buscando identificar el impacto de la resiliencia familiar en el bienestar parental.

Teniendo en cuenta los cambios por los que atraviesa la familia en relación con su funcionamiento tras el diagnóstico de enfermedad mental de uno de sus miembros, se ve la conveniencia de formulación del planteamiento de problemas a través de la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los procesos resilientes con los que responde un grupo de familias del municipio de Florencia (Caquetá), ante el diagnóstico de enfermedad mental de uno de los hijos? la cual se desarrollará en la presente investigación.

Para el desarrollo de la presente investigación el uso del término de *diagnóstico de enfermedad mental*, hará referencia al momento en el cual la familia hace reconocimiento de la situación de enfermedad mental de su hijo a través de un profesional del área de la salud mental denotado en un diagnóstico CIE-10. Es de aclarar que no se busca centrar la atención sobre los criterios diagnósticos, sino hacer alusión al proceso de reconocimiento de la familia sobre la enfermedad mental de su hijo. Esta investigación centrará la atención en los procesos de resiliencia familiar, donde el primer elemento es el evento adverso o limitante por el cual transita la familia y en consecuencia se reorganizan para responder frente a la adversidad. Por tanto lo que interesa no es la naturaleza del evento si no la forma como se transita, en el caso de esta investigación el evento adverso es la situación de diagnóstico de enfermedad mental.

Teniendo en cuenta la pregunta sobre la formulación del problema, el objetivo general es reconocer los procesos resilientes ante el diagnóstico de enfermedad mental de uno de los hijos.

Los objetivos específicos que se desglosan del objetivo general son:

Describir los efectos sobre el hijo y sobre la familia, asociados al diagnóstico de enfermedad mental, desde la perspectiva de las figuras parentales como de los hijos.

Reconocer los procesos resilientes familiares vinculados a su sistema de creencias, dinámicas de organización familiar, comunicación y manejo del conflicto, de cada familia frente al diagnóstico de su hijo.

Establecer los aspectos comunes y los aspectos diferenciales de los procesos resilientes familiares, presentes en las familias participantes.

El presente estudio propone un abordaje de la situación de la enfermedad mental desde los recursos resilientes que ponen en marcha las familias tras el diagnóstico, lo cual difiere del modelo tradicional que ve a la familia y a la persona desde sus carencias. La idea es poder conocer los recursos resilientes con los que cuentan las familias para atravesar esta situación.

Este estudio brinda aportes para el abordaje de las personas con patología mental y para el trabajo con las familias, como parte del proceso de atención, generando información para la comprensión de la familia, y de esta forma lograr fortalecer el abordaje de las familias que tienen un miembro con diagnóstico de enfermedad mental.

Se espera que los resultados puedan contribuir a que los profesionales de la salud mental, para que hagan partícipes a las familias, de una manera proactiva, del proceso de asimilar y construir nuevas formas de enfrentar los retos que les plantea el diagnóstico de enfermedad mental de uno de sus miembros.

Teóricamente, puede ayudar a profundizar en el entendimiento de los usos que se puede hacer de la resiliencia, particularmente en el campo de los estudios en salud mental y terapia, aportando una mirada de cómo las familias atraviesan por la situación del diagnóstico de enfermedad mental y se fortalecen pese a la crisis. De la misma manera facilita la identificación de potencialidades y acciones a mejorar que pueden ser promovidas en procesos de atención en terapia familiar y contextos comunitarios para fortalecer el bienestar mental y la recuperación.

En relación con los grupos de investigación en ciencias sociales y humanas de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, los resultados de este trabajo de grado pueden aportar

al grupo BITACUS, el cual ha desarrollado estudios sobre resiliencia y resiliencia familiar en la línea de investigación 'familia, género y sexualidad'. Esta línea se enfoca en comprender al ser humano a lo largo del ciclo vital, abordando sus potencialidades y problemáticas, con el propósito de diseñar procesos de evaluación, diagnóstico e intervención que favorezcan el desarrollo positivo de personas, parejas, familias y comunidades en torno a la vivencia de la sexualidad y las relaciones de género (BITACUS, s.f.). En este sentido, el presente trabajo ofrece revisiones y reflexiones sobre familia y resiliencia desde la perspectiva de la salud mental.

Se espera también contribuir a nivel institucional, específicamente en el hospital que atiende casos de salud mental en el Caquetá, siendo el único en la región con servicio de psiquiatría en urgencias y hospitalización en unidad mental. Los resultados de esta investigación pueden brindar retroalimentación valiosa a los profesionales del área, favoreciendo una comprensión más profunda del papel de la familia en el proceso de enfermedad mental y enriqueciendo la práctica terapéutica. Esto permitiría avanzar hacia una atención más humanizada, fortaleciendo el acompañamiento familiar y promoviendo su participación activa en el proceso de estabilización, reconociendo su rol fundamental y fomentando una intervención más integral.

Se espera contribuir a investigaciones nacionales y locales en torno a la Resiliencia familiar y salud mental, dado que ha sido difícil obtener información de antecedentes de investigaciones empíricas en este campo durante los últimos diez años. Se trató de hacer búsqueda de estos antecedentes en diferentes plataformas como Google Académico, American Psychological Association (APA), ScienceDirect, Elsevier, PubMed, ProQuest, SciELO, Revista Colombiana de Psiquiatría, sin lograr hasta el momento encontrar resultados relacionados con esta área, las investigaciones encontradas están relacionadas con resiliencia familiar y desplazamiento, violencia intrafamiliar y en contextos educativos, las cuales no están directamente relacionadas con el área de interés. Por lo tanto, se hace pertinente desarrollar

estudios en torno a este tema que permitan conocer los recursos resilientes con los que cuentan familias que tienen un miembro diagnosticado con enfermedad mental en población colombiana, como se plantea en el presente estudio.

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema y la justificación del presente trabajo de grado, se hace necesario profundizar en los conceptos centrales que sustentan el marco teórico, los cuales giran en torno a la resiliencia familiar y la enfermedad mental.

Resiliencia es un término que se emplea usualmente en la mecánica para hacer alusión a la resistencia y flexibilidad de los materiales; sin embargo, desde hace más de 30 años es un concepto que incursionó en las ciencias sociales, tras investigaciones en niños y adolescentes, quienes vivían en la adversidad y a pesar de esto tenían la capacidad de salir de esta adversidad (Acevedo y Mondragón 2006). Seligman demostró que las personas pueden aprender a volverse pasivas y renunciar a resolver problemas cuando perciben que las recompensas y castigos son impredecibles, fenómeno que denominó indefensión aprendida. Sin embargo, también planteó que esta puede desaprenderse a través de experiencias de dominio que demuestren que el esfuerzo personal genera resultados, base sobre la cual desarrolló la teoría del optimismo aprendido, lo cual se relaciona con la resiliencia (Walsh, 1998).

Por tanto, la resiliencia puede definirse como la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad, saliendo fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, de autocorrección y crecimiento como respuesta a las crisis y desafíos de la vida (Walsh, 2012). Ser resilientes permite a las personas curar sus dolorosas heridas, hacerse cargo de su vida, amar y desarrollar una existencia plena (Walsh, 2012). La resiliencia no puede ser entendida sólo desde lo individual debido a que existen diversos factores que influyen sobre ella. Por ello, es importante optar por una visión más amplia de estos factores que pueden ser abordados a través del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979). Este modelo facilita la comprensión de los factores familiares y sociales que influyen en

la resiliencia, dado que esta se construye a partir de tejer una red de relaciones y experiencias en las diferentes etapas de la vida y a través de las generaciones (Walsh, 2012). La familia favorece la construcción de vínculos seguros en la relación padres-hijos, además de las expresiones de afecto y la disciplina, factores que son protectores en la adversidad (Acevedo y Mondragón 2006); la madre o el cuidador es determinante en el proceso, ya que esta tiene la facultad de transmitir fortalezas al niño (Cyrulnik, 2018).

La resiliencia familiar se refiere al proceso de superación y adaptación que tiene lugar en la familia como unidad funcional (Walsh, 2012). La familia puede sobrevivir y regenerarse frente a situaciones de estrés, debido a la capacidad de autoreparación (Walsh, 2012) de la familia saliendo fortalecida y con más recursos (Walsh, 2003). La resiliencia no trata exclusivamente de enfrentar o superar la adversidad, sino de la capacidad de adaptarse positivamente y experimentar una transformación a nivel personal y relacional como producto de un crecimiento positivo que se construye a través de la experiencia (Walsh, 2016). Ninguna familia está libre de problemas, por lo que hablar de resiliencia familiar permite conocer el funcionamiento de las familias teniendo en cuenta su estructura, las demandas psicosociales, sus recursos y limitaciones (Walsh, 2012). Algunos autores (McCubbin y Patterson 1983) abordan el concepto de la resiliencia familiar desde el ajuste y la adaptación a la crisis, considerando que una familia resiliente cuenta con un nivel de flexibilidad y moldeamiento, capaces de ajustar su enfoque ante la crisis, de modo que esta se haga más clara, controlable y significativa. Además, otros autores subrayan que se deben tener en cuenta los factores contextuales y culturales que moldean las formas en las que las familias pueden desarrollar resiliencia (Ungar, 2016).

Desde el modelo de Froma Walsh la resiliencia familiar puede ser visualizada en torno a tres procesos claves: *los sistemas de creencias, los patrones organizacionales, y la comunicación y resolución de problemas* (Walsh 1998,2003, 2012).

El sistema de creencias es el eje de la resiliencia, ya que influye en cómo se percibe y afronta la crisis. Las construcciones compartidas surgen en las interacciones familiares, especialmente ante la adversidad. La resiliencia se fortalece a través de creencias comunes que dan sentido, esperanza y apoyo espiritual (Walsh, 2003). Este sistema incluye tres dimensiones: sentido de la adversidad, enfoque positivo y espiritualidad (Walsh, 2012)

Cada una de estas áreas tiene a su vez indicadores relacionados a su abordaje, *Conferir un sentido a la adversidad* se relaciona con el Valor asociativo, la resiliencia basada en las relaciones, El ciclo vital como orientación de la familia, Sentido de coherencia, Evaluación facilitadora o limitadora de la crisis, la angustia y la repercusión.

En lo concerniente al *enfoque positivo* está integrado por una iniciativa activa y perspectiva, el coraje y aliento, mantener la esperanza y una visión optimista, focalización en los puntos fuertes y potencialidades, y dominar lo posible, aceptar lo que no se puede cambiar

La *Trascendencia y espiritualidad* está asociada con valores y finalidades más abarcativos, la espiritualidad vista desde la fe, la comunión y los rituales, la inspiración desde vislumbrar nuevas posibilidades, transformación comprendida como el aprendizaje y el crecimiento generado a través de la crisis.

Los patrones de organización, en segundo lugar, son los absorbentes de las conmociones familiares. Las familias deben organizarse de diversas maneras para hacer frente a los desafíos que se presentan, la resiliencia desde este componente se fortalece mediante una estructura flexible, la cohesión, como también los recursos sociales y económicos (Walsh, 2003). Los patrones de organización comprenden la flexibilidad, la conexión, y los recursos sociales y económicos (Walsh, 2012).

La *flexibilidad* está relacionada con el equilibrio entre la estabilidad y el cambio. Las *Conexiones* comprenden las fortalezas gracias al apoyo mutuo, la colaboración y el compromiso, el respeto por las necesidades, diferencias y fronteras individuales; el liderazgo

fuerte comprendido como el cuidado y protección de los miembros más vulnerables de la familia, la búsqueda de una reconexión, reconciliación de las relaciones perturbadoras.

En cuanto a los *Recursos sociales y económicos*, están relacionados con la movilización de la familia extensa y del apoyo social, la construcción de redes comunitarias vitales, y la construcción de seguridad económica vista desde el equilibrio entre las presiones laborales y familiares (Walsh, 2012).

En relación con el proceso de *comunicación y resolución de problemas*, como facilitador del funcionamiento de la familia, se plantea que la comunicación promueve la resiliencia al proporcionar claridad en situaciones de crisis, fomenta la expresión abierta de emociones y facilita la resolución de problemas de forma colaborativa (Walsh, 2003). Este proceso está compuesto por tres componentes: la claridad, la expresión emocional sincera, y la resolución cooperativa de problemas (Walsh, 2012).

La Claridad está relacionada con mensajes (palabras y conductas) claros y coherentes, clarificación de la información ambigua. *La expresión emocional sincera* es comprendida como compartir una amplia gama de sentimientos, empatía mutua; tolerancia de las diferencias, la responsabilidad por los propios sentimientos y conductas; evitación de las acusaciones, las interpretaciones placenteras; humor (Walsh, 2012).

La resolución colaborativa de problemas incluye aspectos como identificación de los problemas, factores estresantes, opciones y limitaciones, la capacidad de elaborar ideas creativas; disponibilidad de recursos, decisiones compartidas, resolución de conflictos, concentración en las metas; toma de medidas concretas, apoyarse en el éxito y aprender en el fracaso, en últimas, asumir una postura proactiva.

Es de aclarar que, en la presente investigación, el término enfermedad mental es visto como algo que atañe al individuo y a su sistema familiar, este concepto es relevante dado que lo que se busca es conocer la forma como las familias hacen frente al diagnóstico de

enfermedad mental, siendo este el evento adverso o limitante, lo cual es un componente de la resiliencia. A continuación, se harán algunas apreciaciones frente al concepto.

Desde el enfoque médico, la enfermedad mental se entiende como una alteración clínica de la cognición, las emociones y la conducta, que afecta la funcionalidad (DSM-V). Puede presentarse en cualquier persona, y su diagnóstico depende de los signos y síntomas presentes. El tratamiento, definido por el especialista, puede ser farmacológico o no farmacológico, en modalidad ambulatoria u hospitalaria, según la gravedad del caso. Este modelo concibe la enfermedad mental como un comportamiento anómalo, involuntario y de origen biológico, clasificando sus manifestaciones en leves, moderadas, graves o crónicas (Gradillas, 1998)

Sin embargo, desde el enfoque sistémico la enfermedad mental no se ve principalmente desde el individuo o desde lo biológico, sino algo que atañe a la familia y sus relaciones. La familia es el primer lugar donde aprendemos a tener buenas relaciones, siendo la experiencia íntima de la vida familiar lo que influye en las enfermedades mentales y la tendencia a los prejuicios (Ackermam, 1961).

Por lo tanto, en el contexto de esta investigación, la enfermedad mental no se abordará desde una perspectiva centrada exclusivamente en el individuo, sino desde un enfoque más amplio que considera las interacciones y vínculos que este establece con los miembros de su familia. Esta dimensión relacional se fundamenta en los aportes teóricos de Salvador Minuchin y Urie Bronfenbrenner, quienes resaltan la importancia de las relaciones que tiene el individuo (familiar, social, comunitarias) y cómo estas influyen de manera marcada en el desarrollo y en el bienestar, teniendo de esta forma un rol determinante en la salud mental y el comportamiento.

Desde la teoría estructural de las familias (Minuchin, 1986), el individuo no es un ser aislado, sino parte activa de sistemas sociales. La realidad que percibe depende de factores internos y externos, por lo que la patología mental puede ubicarse en la persona, el contexto

social o en la relación entre ambos. En este sentido es importante tener en cuenta tres axiomas. Primero, la vida psíquica no es solo interna, ya que el individuo influye y es influido por su contexto familiar y social. Segundo, la terapia está orientada a modificar la estructura familiar para generar cambios en la conducta y en los procesos psíquicos internos de los miembros del sistema. Tercero, el terapeuta, al intervenir, forma parte del sistema terapéutico, influyendo activamente en él.

Desde la perspectiva de Bronfenbrenner (1976) se propone un modelo ecológico, el cual postula la importancia de las interconexiones entre los diferentes sistemas ambientales (micro, meso, exo y macrosistema) y cómo estas influencias pueden afectar el desarrollo de la persona. Sin embargo, también se debe tener en cuenta la experiencia del individuo que interactúa con factores sociológicos, psicológicos y relacionales (ontosistema), lo cual queda inscrito en el mesosistema, y en la interacción del microsistema con el mesosistema.

Para entender la experiencia del sujeto es necesario partir del mismo individuo y su relación con los factores que interfieren, como el económico, emocional, y sus relaciones; la vida del sujeto está atravesada por emociones, relaciones y significados que están relacionados con el entorno familiar el cual está atravesado por factores económicos, sociodemográficos, entre otros, por lo tanto, para el desarrollo de la presente investigación es pertinente tener una perspectiva sistémica. Además, el diagnóstico tiene un impacto significativo tanto en la persona como en su familia. El diagnóstico da nombre a algo que la familia ya venía sufriendo. En ese momento existe en la familia una situación complicada que genera efecto en la forma de adaptarse y organizarse.

En este sentido, tras el diagnóstico de enfermedad mental puede afectarse la estructura y la dinámica familiar, por lo que se deben tener en cuenta algunos aspectos relacionados.

En lo concerniente a la estructura, se parte de lo propuesto por la Consejería de salud y servicios sociales (2003), donde la familia es un sistema conformado por subsistemas, los cuales a su vez están compuestos por los miembros de la unidad familiar y sus relaciones. En

cada subsistema el individuo tiene determinadas funciones y roles diferentes. Los subsistemas familiares son el conyugal (compuesto por la pareja), parental (compuesto por las mismas personas del subsistema conyugal, en el rol de padres) y filial (conformado por los hijos).

La estructura familiar, además, está compuesta por tres aspectos: *los vínculos relacionales* entre los miembros, caracterizados por la proximidad y la intensidad emocional; *límites o fronteras* de la familia en el interior y el exterior de la familia. Los límites pueden ser difusos, rígidos o claros, siendo éstos últimos los que comportan una adaptación ideal. Y la *territorialidad* el cual hace alusión al espacio vital e íntimo de la familia y abarca dos dimensiones, la espacial y la relativa a los usos que del espacio hace cada subsistema (domesticidad y privacidad), así como la atmósfera familiar.

La dinámica familiar puede ser entendida como los encuentros entre las subjetividades mediados una serie de normas, reglas, jerarquías, roles entre otros que regulan la convivencia y permite que el funcionamiento de la vida familiar se desarrolle armónicamente (López, 2017 citó a Gallego 2011). Por esta razón, es importante que cada miembro de la familia conozca e interiorice su rol dentro del núcleo familiar, facilitando en gran medida su adaptación a la dinámica interna de su grupo (López, 2017 citó a Gallego 2011).

La comunicación es la esencia del ser humano en el dar y recibir mensajes, los cuales se reciben de forma digital (verbal) y analógica (no verbal). En las relaciones familiares el componente afectivo juega un factor central, el cual es expresado de forma analógica generalmente. Por tanto, la dificultad para interpretar la comunicación analógica de forma correcta, genera distorsiones y problemas en la comunicación, lo cual desencadena patologías, el fenómeno de la comunicación paradójica y doble vínculo, entre otros (Consejería de salud y servicios sociales, 2003).

La metacomunicación es clave para interpretar correctamente un mensaje y suele expresarse a través de gestos, tono de voz, posturas y contexto. Cuando hay incoherencia entre el mensaje y el metamensaje, surgen conflictos. Un ejemplo de esto es la paradoja,

donde ambos niveles del mensaje se niegan entre sí, generando situaciones familiares en las que, haga lo que haga una persona, nunca podrá “ganar”.

Por otra parte, se identifica la presencia del doble vínculo afectivo, que ocurre cuando existen varios niveles de comunicación y estos resultan incoherentes entre sí. Esta situación es frecuente en familias con conflictos y se manifiesta en tres condiciones: primero, cuando una persona se encuentra en una situación de alta carga emocional y necesita interpretar el mensaje recibido y responder de forma oportuna; segundo, cuando queda atrapada al recibir mensajes contradictorios por parte del otro; y tercero, cuando no puede responder debido a la incongruencia de los mensajes o porque se encuentra inmersa en una dinámica de manipulación afectiva (Consejería de salud y servicios sociales, 2003).

Además de lo anterior se hace importante tener en cuenta los conceptos de simetría y complementariedad. La simetría es cuando la comunicación entre las personas es mutuamente equilibrada. Por su lado la complementariedad implica que la relación se basa en la diferencia, lo cual puede estar relacionado con el contexto cultural o social, o pueden estar marcada por el abuso y la diferencia de poder. Estas situaciones pueden dar lugar a diferentes conflictos como la escalada simétrica (cuando se pierde el equilibrio dando paso a la competición) y la complementariedad rígida (cuando una relación estructurada en roles complementarios se vuelve rígida). La forma patológica de la comunicación se puede convertir en “círculos viciosos”.

Es de anotar que cada familia, tiene un estilo de comunicación interna y con los otros sistemas que interactúa (Consejería de salud y servicios sociales, 2003).

Según John Powell (1987), existen cinco niveles de la comunicación que representan los grados de disponibilidad de salir de sí mismos y comunicarse con los demás. Se empieza desde el nivel más distante hasta el más íntimo en la comunicación. El *quinto nivel: la conversación “tópica”*, es el nivel más bajo de la comunicación, dado que no se quiere decir nada de lo que, de hecho, decidimos o preguntamos dado que son versiones superficiales y de

tipo convencional. El *cuarto nivel: hablar de otros*, en el cual no se revela casi nada de nosotros mismos, limitándose a hablar de lo que otros han dicho, pero no se hace ningún comentario personal. No se da algo personal ni se pide nada a los otros a cambio. El *tercer nivel: mis ideas y opiniones*, donde se comunica algo a las ideas, opiniones y decisiones, pero bajo la censura, buscando tener certeza que se será aceptado con lo que se dice. Se da a conocer una pequeña parte de “mi persona”. El *Segundo nivel: mis sentimientos y emociones “gut level”* en el cual hablar sobre los sentimientos que subyacen a las ideas, opiniones y convicciones es propio de cada quien “algo exclusivamente mío”. Sin embargo, las personas usualmente piensan que nadie tolerará la expresión de los sentimientos totalmente sincera por lo que prefieren defender la insinceridad en personas conocidas e incluso con los mismos miembros de la familia pudiendo llegar a destruir la auténtica comunicación; pero suprimir las verdaderas emociones puede resultar autodestructivo, por lo tanto para poder tener un encuentro verdaderamente personal, toda relación debe basarse en la comunicación visceral (“gut level”) sincera y abierta. y el *primer nivel: la comunicación cumbre* es auténtica, profunda, transparente y sincera, ambas personas experimentan empatía mutua casi perfecta.

En relación con los roles, éstos regulan la estructura de las relaciones familiares, los roles deben ser flexibles, dado que cada persona desempeña una variedad de roles al interior de la familia. Los roles se determinan según la posición en el sistema y el poder en la familia.

Las reglas o normas, por su parte, ayudan a mantener la homeostasis de la familia y facilitan el cumplimiento de acuerdos implícitos. Las reglas representan el tipo de relaciones y organización de la familia, van surgiendo como resultado del delicado balance emocional entre las necesidades de cada uno de los miembros y las de la familia como grupo. Durante la vida de la familia las reglas se pueden ir modificando y conformándose otras nuevas.

Marco metodológico

Tipo de investigación

Esta propuesta de investigación es de tipo no experimental, planteada desde un estudio de tipo cualitativo, el cual tiene una orientación de fin abierto (Estrada, 2010), buscando comprender las perspectivas, significados, de los participantes en relación con los fenómenos que los rodean, además, se centra en la comprensión de los fenómenos desde la perspectiva de los participantes, en su entorno natural y en relación con su contexto (Hernández et al. 2014).

El enfoque cualitativo brinda herramientas para conocer de forma cercana las vivencias de las familias, dado que no existe una realidad externa al observador, sino que ésta se construye mediante el intercambio lingüístico de los individuos que la conforman (Maturana, 1992 citado por Cuenya y Ruetti, 2010). Como profesional en el campo de la salud mental es importante conocer el sentir y el pensar de los participantes, dado que en la medida que haya una comprensión profunda, se va a poder abordar a la familia y a sus hijos desde un enfoque integral.

Dado que la presente investigación se encuadra en el interés por comprender en profundidad los factores implicados, tanto en la experiencia de las familias de que uno de sus miembros reciba un diagnóstico de enfermedad mental, como en la posible respuesta proactiva y constructiva frente a este hecho, se ha considerado pertinente centrarse en la perspectiva de los miembros de la familia, y entender su situación y sus vivencias a partir de sus propios relatos, en vez de enfocarse en la búsqueda de información que permitiera la generalización de estos resultados a otras familias en situaciones similares (validez externa) privilegiando en cambio la validez interna de los resultados. Así pues, se ha considerado que el tipo de investigación más pertinente, es el cualitativo.

Diseño

El diseño del presente trabajo se planteó como un estudio de casos múltiples. El estudio de casos permite procedimientos inductivos y deductivos orientados a captar los aspectos subjetivos y objetivos de la vida social (Vasilachis de Gialdino, 2006), captando el fenómeno dentro del contexto de la vida real de los participante, por lo que no representan una muestra de una población o de un universo concreto, dado lo anterior no puede ser generalizable estadísticamente, sino a proposiciones teóricas, ya que el objetivo del investigador es ampliar teorías (Yin, 2003) y dar respuesta a la pregunta de investigación (Vasilachis de Gialdino, 2006) . El estudio de casos se enfoca en eventos sociales o contemporáneos buscando dar respuesta al “cómo” y el “porque”, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente definidos (Yin, 2003).

Se hace importante diferenciar el estudio de casos múltiples del estudio de casos, debido a que los estudios de caso pueden centrarse en un único caso o en múltiples. El estudio de caso único hace referencia a un caso simple y particular. Este es utilizado para indagar en la particularidad de un caso específico (Ponce, 2018), frente al cual tiene fines descriptivos, busca ilustrar, probar confirmar una teoría, indagar un caso único o revelador (Yin, 2003). En el estudio de casos múltiples hay más de una unidad de análisis, esto permite examinar similitudes y diferencias entre los casos estudiados (Ragin, 2011), enfocándose en la conexión de las diversas partes de cada caso (Ponce, 2018). Su potencial radica en las posibilidades que tiene para la comparación sistemática, identificar aspectos comunes y contrastarlos con las teorías existentes (Ponce, 2018).

En lo que respecta al estudio de casos múltiples, este permite tener varios participantes en relación con el fenómeno de estudio, aportando una comprensión de las características de la vida de las familias. Al contar con varias familias participantes, no solo ofrece una visión amplia y detallada de cada una lo que permite centrarnos en las particularidades significativas de la vida real de cada una de las familias, y a su vez identificar similitudes y diferencias entre

los casos estudiados, dando la robustez y fiabilidad de los hallazgos al considerar una diversidad de experiencias y contextos. A pesar de que los resultados no son generalizables, dado que cada familia desarrolla procesos resilientes de forma particular, el estudio de caso múltiples puede aportar información a los profesionales del área de salud mental para el abordaje de la persona con diagnóstico de enfermedad mental y la familia, aportando herramientas para la comprensión de cada situación, promoviendo un apoyo más humanizado.

Participantes

La investigación se desarrolló con la participación de tres familias que tenían un hijo(a) con diagnóstico de enfermedad mental, que habían recibido atención en el hospital público de la ciudad de Florencia. Idealmente se buscó la participación de los padres (la pareja), sin embargo, en dos casos no fue posible, por lo que se aceptó a la figura parental disponible (bien sea el padre o la madre), además participó el hijo que tiene el diagnóstico de enfermedad mental, con el fin de enriquecer la comprensión del tema desde las diferentes posturas y desde los diferentes roles, para contrastar la perspectiva de los padres y de los hijos.

La población se eligió de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Afirmación explícita y voluntaria del interés del participante en la investigación.

Familia nuclear, con el fin de asegurar una estructura familiar única y definida.

Persona con diagnóstico de enfermedad mental debe tener estabilización de signos y síntomas, adherencia terapéutica, no presentar recaídas frecuentes, tener funcionalidad familiar y social, de tal manera que el diagnóstico de enfermedad mental no limite la comprensión de la entrevista

Hijos que cuentan con apoyo de los padres para el tratamiento

El hijo diagnosticado con enfermedad mental debe ser mayor de edad.

Familiar conviviente de la persona con diagnóstico de enfermedad mental.

Vivan en el área urbana

Tener un nivel educativo superior a básica primaria y socioeconómico (uno y dos).

Criterios de exclusión

Que el diagnóstico de enfermedad mental que afecte la comprensión de la entrevista.

Familiares de persona con enfermedad mental que además tenga otro padecimiento grave.

Los participantes para el presente estudio fueron elegidos a través del muestreo no probabilístico, de tipo intencional, en el cual los participantes son seleccionados bajo el juicio personal del investigador (Izcarra, 2014, cito a Namakforoosh, 2002). El muestreo intencional permite la selección de unidades que permitan realizar comparaciones significativas en torno a la pregunta de investigación, la teoría y el tiempo de explicación que se busca desarrollar (Izcarra, 2014, cito a Manson, 1997).

El muestreo intencional se realizó por conveniencia, donde la elección de los participantes será de aquellos individuos que pueden ofrecer la mayor cantidad de información (Izcarra, 2014).

La búsqueda de la selección de las familias participantes se realizó en la población a las que se tiene acceso en el Hospital Departamental María Inmaculada, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión planteados. El tamaño de la muestra fue de tres familias, sobre las cuales se realizó un análisis detallado de cada una de ellas y se trianguló la información.

Técnicas de recolección de información

La recolección de datos se realizó a través de dos herramientas como lo son el familiograma y la entrevista semiestructurada.

Familiograma

Son dibujos que representan información básica sobre los miembros de la familia y sus relaciones de parentesco (Sánchez, 2001). Usualmente suele haber confusión entre el

familiograma y el genograma, sin embargo, estos difieren del número de generaciones a graficar, en el familiograma se registran dos generaciones y en el genograma tres generaciones o más (Sánchez, 2001).

Entrevista semiestructurada

La entrevista se compone de apartados literales de las interacciones con las personas o grupos participantes, obtenidos a través del diálogo sobre sus experiencias, opiniones o conocimientos específicos sobre un tema particular (Izcara, 2014).

El entrevistado pone en palabras su punto de vista personal, desempeñando un papel activo en la secuencia, ritmo y dirección de la entrevista; el papel del entrevistador es guiar a través de preguntas al entrevistado hacia una experiencia profunda de sus experiencias y puntos de vista, asegurándose que la conversación mantenga el objetivo de estudio propuesto (Izcara, 2014). Las entrevistas pueden ser de tipo estructurado, semiestructurado y abiertas.

Para el presente estudio se hará uso de la entrevista semiestructurada, en la cual el investigador posee una guía de preguntas diseñadas y tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar y obtener mayor información sin perder la oportunidad de profundizar en temas emergentes (Hernández et al., 2014), permitiendo explorar la singularidad de cada experiencia y concepciones del tema de estudio. Además, busca comprender los valores y significados que los participantes atribuyen a los temas de interés (Izcara, 2014).

La entrevista semiestructurada es una fuente esencial de información en el estudio de casos múltiples, ya que permiten indagar sobre los asuntos conductuales y asuntos humanos, permitiendo que estos se han expuestos por el entrevistado de forma abierta, sin perder la coherencia de la línea de indagación (Yin, 2018).

Para asegurar la calidad del instrumento, se llevó a cabo un proceso de un proceso de validación de la entrevista mediante de jueces expertos, los cuales hicieron

recomendaciones (ver anexo C).

Una vez hecho los ajustes se llevó a cabo una prueba piloto, a una familia con todos los criterios de inclusión, a partir de lo cual se conservaron todos los ítems de la entrevista, pero se modificó el lugar de aplicación de la prueba, debido que la familia solicitó que se realizará en la casa para mayor comodidad de ellos y del hijo a entrevistar.

Categorías

Teniendo en cuenta el marco teórico desarrollado en la presente investigación se realizó categorías distribuidas en categorías de primer, segundo, tercer y cuarto orden en relación con dos aspectos centrales que son los efectos del diagnóstico de enfermedad mental sobre la familia y procesos fundamentales de resiliencia familiar.

Tabla 1

Categorías de análisis

Categoría primer orden	Categoría segundo orden	Categoría tercer orden	Categoría cuarto orden
Efectos del diagnóstico de enfermedad mental sobre la familia: forma como la familia responde ante el diagnóstico de enfermedad mental del hijo en relación con la estructura y las dinámicas familiares.	Estructura: Se compone de un sistema compuesto por subsistemas (conyugal, parental y filial), los cuales están formados por los miembros de la unidad familiar y sus relaciones (Consejería de salud y servicios sociales, 2003)	Vínculos relacionales: la proximidad y la intensidad emocional entre los miembros de la familia (Consejería de salud y servicios sociales, 2003).	No aplica
		Límites o fronteras de la familia: hace alusión a los límites entre los subsistemas, los cuales deben ser permeables (Consejería de salud y servicios sociales, 2003)	No aplica
		Territorialidad: se refiere al espacio vital en relación con la disposición y organización de los espacios (Consejería de salud y servicios sociales, 2003)	No aplica

	<p>Dinámica: es lo que mantiene la estructura de las relaciones de la familia. Son encuentros entre las subjetividades, mediados por una serie de normas, reglas, límites, jerarquías, roles entre otros que regulan la convivencia favorecen el funcionamiento armónico (López, 2017 citó a Gallego 2011).</p>	<p>Comunicación: todo tipo de intercambio de los seres vivos entre sí y con el medio ambiente. Comunicar es la esencia del ser humano, lo cual implica dar y recibir mensajes, interactuar (Powell, 1987)</p>	<p>Cinco niveles de la comunicación (Powell, J (1987)</p> <p>Quinto nivel: la conversación "tópica"</p> <p>Cuarto nivel: hablar de otros</p> <p>Tercer nivel: mis ideas y opiniones</p> <p>Segundo nivel: mis sentimientos y emociones "gut level"</p> <p>primer nivel : comunicación cumbre</p> <p>La complementariedad (relaciones basadas en la diferencia) y la simetría (cuando las relaciones se ajustan mutuamente)</p>
		<p>Roles: organizan las relaciones familiares, y cada miembro asume funciones que se integran en la estructura y dinámica del sistemas (Consejería de salud y servicios sociales, 2003)</p>	<p>No aplica</p>
		<p>Cohesión y diferenciación: fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia (Consejería de salud y servicios sociales, 2003)</p>	<p>No aplica</p>
<p>Procesos fundamentales de la resiliencia familiar: procesos básicos capaces de fortalecer la</p>	<p>Sistemas de creencias: son los lentes a través de los cuales visualizamos el mundo., construye</p>	<p>Dotar de sentido la adversidad: la colaboración es el elemento principal de la fuerza(Walsh, 2012).</p>	<p>Valor asociativo.</p> <p>El ciclo vital como orientación de la familia.</p> <p>Sentido de coherencia.</p> <p>Evaluación de la crisis, la angustia y la recuperación.</p>

capacidad de cada familia para superar los desafíos que enfrentan en circunstancias específicas de vida (Walsh, 2012)	nuestra identidad y la forma de comprender las cosas y darle sentido a nuestra experiencia (Walsh, 2012)	Perspectiva positiva: afrontar la vida de forma activa, con las energías puestas en controlar el reto, y salir fortalecidos de ello (Walsh, 2012).	Iniciativa positiva y perseverancia. Coraje y aliento. Esperanza, optimismo; confianza en la superación de las dificultades. Focalización en los puntos fuertes y el potencial. Dominio de lo posible; aceptación de lo modificable
		Trascendencia y espiritualidad: Las creencias trascendentales dan significado y propósito más allá de uno mismo o la adversidad; la espiritualidad y la herencia cultural suelen enriquecer ese significado (Walsh, 2012).	Valores Espiritualidad Inspiración Transformación
Patrones organizacionales (fomentan la integración de la unidad familiar y absorben las conmociones familiares) (Walsh, 2012)	Flexibilidad: capacidad de la familia para adaptarse a las demandas cambiantes a nivel evolutivo y ambiental (Walsh, 2012).	Conexión : unión emocional entre los miembros de la familia para mantener el equilibrio entre la unidad, el apoyo mutuo, la colaboración , por un lado y por otro la separación y autonomía de cada individuo (Walsh, 2012)	Capacidad para el cambio. Utilización del contrapeso de la estabilidad Apoyo mutuo, colaboración y compromiso Respeto por las necesidades, diferencias y fronteras individuales Liderazgo fuerte Diversas formas de familia Relación igualitaria de pareja / parentalidad. Búsqueda de una reconexión, reconciliación de las relaciones perturbadoras.

	Recursos sociales y económicos : redes de apoyo a nivel de la familia extensa, la red social y la seguridad económica (Walsh, 2012).	Perdonar y recordar . Movilización de la familia extensa y del apoyo social Construcción de la seguridad económica.
Procesos comunicativos : intercambio de información para la resolución de problemas a nivel socioemocional y práctico instrumental, todo proceso de comunicación tiene dos funciones uno en relación con el “contenido” que está ligado a la transmisión de la información y otro “relacional” que se define en la naturaleza de la relación (Walsh, 2012)	Claridad: los miembros de la familia dicen lo que quieren decir y quieren decir lo que dicen (Walsh, 2012) Expresión emocional sincera: se transmiten con respeto las necesidades, sentimientos y diferencias (Walsh, 2012) Resolución de problemas: estrategias eficaces para manejar y resolver, los problemas y las crisis que se presentan (Walsh, 2012)	Mensajes claros y coherentes Clarificación de la información ambigua Compartir una amplia gama de sentimientos Empatía mutua Responsabilidad por los propios sentimientos y conductas Interacciones placenteras; humor Capacidad de elaborar ideas creativas; disponibilidad de recursos Decisiones compartidas: negociación, equidad y reciprocidad Resolución de conflictos Concentración en las metas mutuas Postura proactiva

Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta las siguientes fases:

Fase I. Formulación del problema.

El presente trabajo de investigación surgió de la experiencia laboral con familias y personas que tienen el diagnóstico de enfermedad mental, queriendo conocer la forma como estos se fortalecen ante esta situación y enfrentar las circunstancias.

De tal manera se planteó una problemática existente, basada en la revisión de datos estadísticos y de literatura que ampliará el conocimiento empírico y teórico del tema en bases de datos y diferentes plataformas tales como Google Académico, American Psychological Association (APA), ScienceDirect, Elsevier, PubMed, ProQuest, SciELO y Revista Colombiana de Psiquiatría.

Fase II: Comité de ética

El proyecto de grado se presentó y fue avalado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali y del Hospital público y se tuvo la aprobación de ambos comités para iniciar con la recolección de la información.

Fase III. Recolección de información.

La población participante fue elegida según los criterios de inclusión y teniendo en cuenta las consideraciones éticas para los procesos de investigación.

Los participantes fueron elegidos a conveniencia, para lo cual se contó con el apoyo de psiquiatras y psicólogos del hospital público, teniendo en cuenta el conocimiento de la población (debido a la atención en el servicio de urgencias, unidad mental y consulta externa) y seleccionándolos según los criterios de inclusión (ver anexo G).

Inicialmente se planteó que las familias participantes pertenecieran a estratos I y II, pero esto generó una limitante muy grande a la hora de obtener los participantes, por esta razón se consideró que los participantes fueran de los estratos socioeconómicos I, II y III.

La recolección de información se realizó de forma directa, es decir, la estudiante desarrolló de forma presencial y personalmente aplicó los instrumentos (familiograma y entrevista semiestructurada) a los padres y al hijo (que tiene diagnóstico de enfermedad mental). Se realizaron dos entrevistas semiestructuradas por separado, las cuales fueron

grabadas, una dirigida a los padres siempre se buscó abordar a los dos integrantes de la pareja (quienes son la fuente principal de información), y en caso de no poder contar con la asistencia de los dos, se realizó la entrevista a uno de los miembros de la pareja, y la segunda dirigida al hijo que tiene diagnóstico de enfermedad mental.

Se realizó un encuadre para el proceso, y familiarización con la actividad a desarrollar, se daba continuidad a la firma del consentimiento informado (ver anexo A); se tuvo en cuenta el protocolo en crisis (ver anexo B).

Finalmente se realizó la recolección de datos sociodemográficos, familiograma y posteriormente el desarrollo de la entrevista semiestructurada para la cual se diseñó una guía de entrevista (ver anexos C y D)

Fase IV. Análisis de los resultados

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Para la sistematización, se hizo uso del software Atlas.ti.25 el cual sirvió de apoyo para la organización de la información.

Fase V. Análisis de la información.

Se realizó un análisis de contenido de la información de acuerdo a las categorías y subcategorías planteadas, teniendo en cuenta factores comunes y diferentes entre las familias, al igual que las perspectivas de los padres y del hijo que tiene diagnóstico de enfermedad mental.

Fase VI. Escritura del informe

Con base en la información recolectada se realizará un informe que se entregará a las familias participantes de la presente investigación. El cual se proyectará con el fin de que sea de utilidad para cada una de las familias participantes, de tal forma que se le dé continuidad al fortalecimiento de los procesos resilientes de cada una.

Fase VII. Divulgación de los resultados.

Al obtener y analizar los resultados de la investigación se procederá a la entrega

del trabajo de investigación a la dirección de tu maestría en Asesoría familiar de la Pontificia Universidad Javeriana para ser aprobado como trabajo de grado y obtener el título de Magíster en Aseria Familiar.

Se realiza socialización de los resultados con las familias participantes y con el grupo de salud mental del hospital público.

Consideraciones éticas

Para esta investigación se consideraron los siguientes aspectos éticos:

La resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud plantea a través del artículo 10 la necesidad de identificar el tipo de riesgo y del artículo 11 la clasificación del riesgo parte a *“investigación con riesgo mínimo”* que estaría relacionado con las emociones o situaciones a las que estarían expuestos los participantes al hablar de su vida cotidiana. Pero en general, la presente investigación no representa ningún tipo de riesgo físico, y un tiene riesgo psicológico mínimo para los sujetos que se va investigar, dado que la recolección de información se realizará a través del familiograma y una entrevista semiestructurada.

Se le garantiza al sujeto de estudio el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar amparados en el artículo 5 de la resolución 8430 de 1993.

A su vez, se contará con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación con las excepciones dispuestas en el artículo 6 de la resolución 8430 de 1993 (ver anexo A.), y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Bioética en Investigación de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

Se elaboró protocolo de atención en crisis (ver anexo B.)

La investigación está basada en los principios y fundamentos establecidos en el código ético del psicólogo de Colombia promulgado en la ley 1090 de 2006 en los: *Título II: disposiciones generales: Apartado 9: Investigación con participantes humanos* y el *Título III: de la actividad profesional del psicólogo*.

Resultados

Los resultados fueron contruidos a partir de la información recolectada en los familiogramas y entrevistas semiestructuradas realizadas a tres familias que tienen un hijo con diagnóstico de enfermedad mental, así como a los hijos con dicho diagnóstico. Los participantes fueron convocados de forma intencionada teniendo en cuenta el criterio de psiquiatras y psicólogos del hospital público.

Se han asignado nombres ficticios a los miembros de las familias con el fin de proteger su identidad.

La información recolectada se recopiló en grabación de voz, la cual fue transcrita posteriormente y cargada en el software ATLAS.ti 25 para la codificación para el procesamiento de la información según las categorías propuestas en este estudio orientadas a efectos del diagnóstico de enfermedad mental sobre la familia y procesos fundamentales de la resiliencia familiar.

Cabe resaltar que los padres son la fuente primaria de información por lo que los hallazgos vinculados a ellos se relacionan con las categorías de efectos del diagnóstico de enfermedad mental en la familia y procesos fundamentales de resiliencia familiar. Por otro lado, la información recopilada del hijo con diagnóstico de enfermedad mental se enmarca únicamente a la categoría de efectos del diagnóstico de enfermedad mental en la familia.

A Continuación, se presentan los hallazgos encontrados en las familias participantes y sus hijos con diagnóstico de enfermedad mental, referidas como la familia de Leo, la de Sofía y la de Julián.

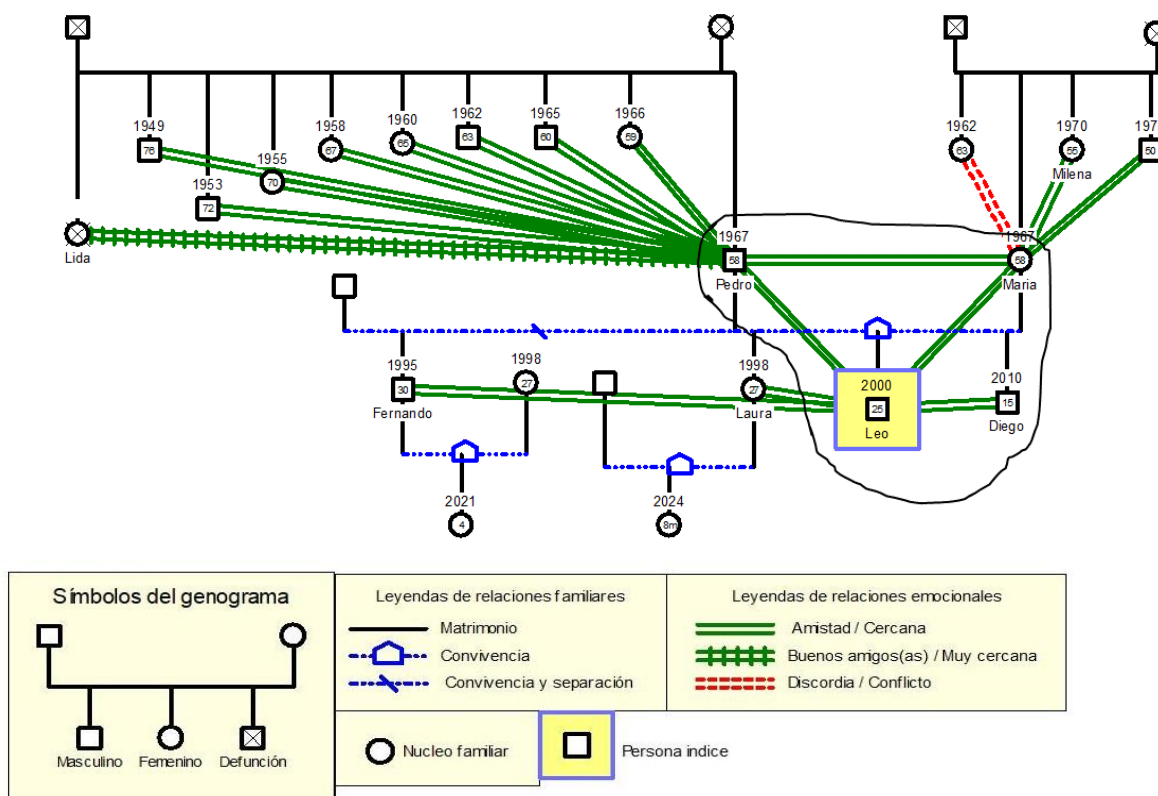
Familia de Leo

Leo tiene 25 años, es bachiller, en el momento busca aplicar a estudios técnicos. Hace un año fue diagnosticado con enfermedad mental y culminó tratamiento en el mes de abril del año en curso.

Figura 1

Familiograma familia de Leo 2025

Familiograma Leo 2025



Leo viene de una familia reconstituida, conformada por sus padres María y Pedro de 58 años, quienes viven en unión libre desde hace 27 años. María tiene un hijo mayor, Fernando, producto de una relación anterior. De la unión entre María y Pedro nacieron tres hijos: Laura, Leo y Diego. Los padres tienen un nivel educativo de bachillerato en la madre y bachiller incompleto en el padre, Leo es bachiller y Diego cursa décimo grado.

La relación entre los padres es cercana, está organizada según una distribución tradicional de roles de género; la madre se encarga del cuidado y la crianza de los hijos, mientras que el padre trabaja en labores de construcción. Los hijos mayores han construido sus propios hogares; aunque la relación es cercana con la familia de origen su atención está

centrada en sus respectivas familias, y en caso de Laura la distancia geográfica también influye, debido a que reside en otra ciudad.

Dentro del núcleo familiar, Leo mantiene una relación especialmente cercana con su hermano Diego y con su madre, lo cual está mediado por la convivencia cotidiana, ya que el padre permanece fuera del hogar por motivos laborales. La comunicación familiar se caracteriza por un estilo predominantemente convencional, centrado en asuntos cotidianos.

En cuanto a la familia extensa, tanto materna como paterna, se encuentra en su mayoría ubicada en otras ciudades. No obstante, se conserva una relación cercana a través de contactos telefónicos frecuentes. En el caso de Pedro él tenía mayor cercanía con la hermana mayor quien lo crio, pero ella falleció. Por su parte, María mantiene una relación más cercana con su hermana Milena, quien también reside en la ciudad de Florencia, mientras tiene una relación conflictiva con su hermana mayor, Lida.

El proceso de diagnóstico de enfermedad mental de Leo se da tras cambios en el comportamiento. A raíz del diagnóstico, se reporta un fortalecimiento del vínculo dentro del núcleo familiar, así como un acompañamiento constante por parte de la familia extensa, la cual ya había manifestado preocupación por los cambios emocionales de Leo incluso antes del diagnóstico formal. Días previos a la entrevista, Leo fue dado de alta del proceso ambulatorio de psiquiatría y psicología.

La información de la entrevista semiestructurada realizada a la madre (María) corresponde a dos categorías de primer orden las cuales son Efectos del diagnóstico de la enfermedad mental sobre la familia y Procesos fundamentales de la resiliencia familiar, las cuales guardan relación con los objetivos planteados en la presente investigación

A continuación, se explorará la categoría de efectos del diagnóstico de la enfermedad mental, considerando la estructura y dinámica familiar.

En cuanto a la Estructura, se tuvo en cuenta codificaciones sobre vínculos relacionales, límites o fronteras de la familia y territorialidad.

Estructura

Vínculos Relacionales

La atención del hijo en el servicio de salud mental fue motivada por situaciones específicas, relacionadas con cambios en el comportamiento con los miembros de la familia y personas del entorno "Él se puso todo flaquito, no tenía paz, andaba como bravo, acá en la casa y con la otra gente" (María, abril de 2025).

Los vínculos relacionales en la familia se organizan principalmente en torno a las funciones que desempeña cada miembro, más que por la expresión emocional directa. La cercanía entre ellos parece estar determinada por la convivencia y la distribución de roles cotidianos, y no necesariamente por un intercambio afectivo explícito. No obstante, a raíz del diagnóstico de enfermedad mental de Leo, María percibe un cambio en la dinámica de proximidad, favoreciendo una mayor cercanía familiar "pues normal, igual como ahora... mi esposo en el trabajo, yo en la casa, todos estábamos pendientes, no como ahora que estamos más juntos" (María, abril 2025).

Límites o Fronteras

El diagnóstico de enfermedad mental ha generado cambios a nivel familiar frente al acompañamiento entre los hermanos " con el hermano ha cambiado mucho. Ahora él le ayuda hacer las tareas y le ayuda. Antes era como muy distante, pero ahora le ayuda, y el hermano también está pendiente de él" (María, abril de 2025). En el subsistema parental hay límites difusos frente al rol paterno, la madre se encarga principalmente de la crianza de los hijos. En relación con el subsistema parento-filial los límites son rígidos caracterizados por una comunicación basada en consejos y poca comunicación afectiva.

Territorialidad

La familia comparte espacios relacionados con el espacio vital, como el comedor y la sala, los cuales son relevantes a la hora de la alimentación y con el tiempo de estancia en casa

"Aquí en la sala, en el comedor cuando está el (esposo) comemos todos juntos...pues con nosotros también, porque ahora está más tiempo en la casa" (María, abril de 2025).

Frente al impacto del diagnóstico de la enfermedad mental en relación con la Dinámica se codificó de acuerdo a los cinco niveles de la comunicación, simetría y complementariedad, roles, reglas o normas, cohesión y diferenciación.

Dinámica

Comunicación

Cinco Niveles de la Comunicación.

La familia se reúne en torno a momentos y espacios de la cotidianidad de la familia como los horarios de comida, donde la comunicación es de tipo superficial y va en relación con el día a día "cuando vamos a comer, hablamos de cómo nos fue en el día, más que todo en la noche, que ya se acabó el día" (María, abril de 2025).

La comunicación entre la pareja se limita a hablar de otros, centrándose en el hogar y la crianza de los hijos. "con los muchachos les damos consejos, él trabaja todo el día y viene en la noche, es el tiempo que está en la casa, y hablamos de lo normal de lo que tiene que ver con la casa" (María, abril de 2025).

La inclusión de los hijos en temas de conversación es limitada, la comunicación es superficial, aparentemente unilateral, donde los padres dan consejos a sus hijos "yo paso mucho tiempo con ellos y papá también le da consejos... de que sean buenos muchachos, bueno y lo son, que estudien" (María, abril de 2025).

Cuando presentan diferencias de opinión al interior de la familia, la comunicación es superficial y lineal en donde no obedecer genera amonestación "a veces ellos no quieren hacer caso, pero se les llama la atención y ya" (María, abril de 2025). Incluso tras el diagnóstico de Leo, y pese a que los padres han estado más presentes, el estilo comunicativo no se transforma: continúa siendo unilateral y superficial, basado principalmente en consejos.

A nivel de la comunicación de emociones, la familia no hace uso de la comunicación verbal para dar a conocer su sentir, sin embargo, algunas emociones son expresadas a través de lenguaje no verbal, sin profundizar en su contenido “yo amo a mis hijos ... pero no soy de decirles muchas cosas, a veces jugamos en la cocina, decimos chistes, mi hijo menor es el más pegajoso y me abraza cada nada “(María, abril de 2025).

En relación con la situación del diagnóstico de enfermedad mental del hijo, la emoción expresada es el miedo frente al pronóstico de la enfermedad, “nos daba miedo que mi hijo estuviera siempre así “(María, abril de 2025), al hablar de la expresión de emociones esta es muy superficial.

La comunicación familiar se caracteriza por un nivel superficial, centrado en temas relacionados con la cotidianidad y las actividades de la vida diaria. No se abordan abiertamente aspectos emocionales, y no se evidencian cambios significativos en este patrón tras el diagnóstico de enfermedad mental de Leo. La interacción comunicativa permanece lineal, con una dinámica predominantemente vertical, donde los padres asumen el rol de orientadores y consejeros, mientras los hijos reciben instrucciones o sugerencias sin espacio para la expresión emocional profunda.

Complementariedad y Simetría.

En relación con las relaciones en la familia, los padres asumen roles distintos muy ligados a los roles de género, la madre se encarga del cuidado de los hijos y el padre trabaja, siendo estos roles distintos y complementándose entre sí “Yo mando en la casa con los hijos y él en el trabajo... él manda en lo suyo y yo en lo mío” (María, abril de 2025). Tras el diagnóstico de Leo los padres continúan con una relación complementaria, determinada por una división de tareas y responsabilidades asociadas a roles de género, los cuales asignan funciones diferenciadas a cada progenitor dentro del sistema familiar y hace más visible el rol del cuidado de la madre “...he estado pendiente de él (Leo), como mi esposo trabaja, yo era quien lo llevaba a las citas” (María, abril de 2025).

Roles

En la familia se observan roles claramente definidos y tradicionales vinculados al género. El padre asume el rol de proveedor económico y la madre se encarga de las tareas domésticas y crianza de los hijos. Esta organización familiar se basa en la división sexual del trabajo y reproduce estructuras jerárquicas. Aun frente a la situación del diagnóstico del hijo, estos roles se mantienen inalterables.

Cohesión y Diferenciación

Las actividades que unen a los miembros de la familia dentro del hogar están relacionadas con la hora de comida y espacios como ver televisión en el comedor: “cuando está el (esposo) comemos todos juntos... a ver televisión cuando estamos juntos” y fuera del hogar la familia pasa tiempo juntos en actividades religiosas “vamos a misa todos, o a veces vamos los dos (la pareja de esposos), a la misa los domingos. Mañana sí vamos todos, es domingo de ramos. A veces vamos por allá donde hay una gruta.” (María, abril de 2025). Estas rutinas compartidas, dentro y fuera del hogar, no han sufrido modificaciones tras el diagnóstico de enfermedad mental de Leo, lo que sugiere una continuidad en los patrones de interacción familiar.

Frente a la categoría de procesos de resiliencia familiar, se relacionan las categorías de segundo orden sistemas de creencias, patrones organizacionales y procesos comunicativos y códigos hallados.

Sistema de Creencias

Dotar de Sentido la Adversidad

A partir de la entrevista, se observa una notable ausencia de reflexión por parte de la familia en torno a las posibles causas que dan origen al diagnóstico de enfermedad mental del hijo (Leo). Desplazando la atención hacia el personal de salud, a quienes se les delega la responsabilidad de comprender, manejar y resolver la situación. Al no cuestionar ni explorar el porqué del diagnóstico, la familia se mantiene en una posición pasiva.

Perspectiva Positiva

Al afrontar la situación de diagnóstico de enfermedad mental del hijo la familia ha tenido una postura optimista frente a este, centrándose más en lo positivo que en lo negativo, resaltando cómo la familia se ha unido tras la situación del diagnóstico “El cambio en lo bueno, hace días que no volvió a tomar la droga y está bien, gracias a Dios ...creo que todo ha sido para bien, ahora estamos más unidos” (María, abril de 2025).

Trascendencia y Espiritualidad

Dentro del sistema familiar, la espiritualidad es vivida desde lo religioso, lo cual contribuye a manejar de forma positiva la situación de diagnóstico de enfermedad mental del hijo “ nosotros le pedimos mucho a Dios y la familia también se unió en oración para que mi hijo estuviera bien, Dios siempre nos escucha”, ya que favoreciendo la sensación de bienestar, integridad , y fortalece la creencia que se pueden superar los desafíos “confiábamos que Dios nos iba ayudar y nos pondría en el camino a las personas que necesitábamos”, la fe se hace presente además en la participación de actividades religiosas “Estar de la mano de Dios, el todo lo puede y gracias Dios mi hijo está bien hoy, por eso vamos los domingos a misa ... a darle gracias que la psiquiatra y la psicóloga lo dieron de alta” (María, abril de 2025).

En la familia, la espiritualidad actúa como uno de los pilares fundamentales en el proceso del diagnóstico de enfermedad mental del hijo, constituyéndose en un sostén que permite contener la incertidumbre.

Patrones Organizacionales

Flexibilidad

Tras el proceso de diagnóstico de enfermedad mental del hijo, la familia percibe y busca continuar la vida en medio de lo cotidiano “No, todo continuaba normal” (María, abril 2025), lo cual refleja un esfuerzo por mantener la estabilidad del sistema familiar frente a una situación de crisis, de igual forma también es posible que al mantenerse entre lo cotidiano, la familia no realizar un cambio más profundo que la situación podría requerir.

Conexión

El aspecto que más resalta la familia es la unión, el sostén y el apoyo mutuo entre sus miembros “Que somos unidos, siempre nos ayudamos y estamos pendientes de las cosas, de lo que los hijos puedan necesitar.” (María, abril de 2025). Además, este es uno de los factores que la familia percibe que se ha intensificado, constituyéndose como recurso clave en la resiliencia familiar.

Frente a los cambios que se quisieran realizar en la familia, María se siente a gusto con la forma de ser como familia “No, ninguno así estamos bien, porque nos entendemos bien así” (María, abril de 2025).

La alianza entre los padres es la base para la resolución de problemas, ante los cuales realizan acercamientos a través de la comunicación, “Nosotros no somos de problemas, somos más bien tranquilos, acá nos hablamos bien, no andamos con groserías. Y si hay problemas los resolvemos entre los dos (los esposos), hablando” (María, abril de 2025).

La autoridad frente a las normas para la convivencia está dada por la madre, quien ejerce el rol de la crianza de los hijos y es respaldada por el padre “eso me toca a mí, regañarlos cuando no hacen caso, a veces el menor me llega tarde del colegio y me toca regañarlo”, además, “él (el esposo) me ayuda dándoles consejos, y les dicen que tienen que hacerme caso a lo que yo les diga” (María, abril 2025), lo cual resalta en la familia, la distribución de los roles en relación con el género.

El liderazgo no se ha consolidado como un rol claramente definido dentro del sistema familiar, ni ha sido asumido de forma consistente por alguno de sus integrantes “No joven, aquí no pasa nada de eso, todos por igual” (María, abril 2025). Indica que no hay una figura que ejerza contención, dirección y capacidad organizativa.

Recursos Sociales y Económicos

Aunque la familia nuclear se considera unida, mantiene límites permeables con la familia extensa, con los que interactúan todos los días a través de medios telefónicos, debido a

que viven en otras ciudades. Esta distancia geográfica no ha sido un obstáculo, para prestar acompañamiento a la familia ante eventos emergentes “Sí, ellos siempre llaman y están pendientes, preguntan por si estoy enferma, o cualquier cosa”. Además, brinda apoyo espiritual desde la fe” mis hermanas nos han ayudado mucho con la oración, para que mi hijo esté mejor y no le vuelva a pasar lo que le paso.” (María, abril de 2025).

Frente al proceso del hijo, la familia extensa venía teniendo conocimiento de la situación en relación con los síntomas que Leo presentaba previos al acercamiento al servicio de salud mental, y generan soporte emocional y espiritual “pues ellos ya venían sabiendo del problema de Leo, además cuando eso pasó el hermano de él, el mayor estaba acá “. Tras el proceso del diagnóstico de enfermedad mental, refiere lo sucedido a la familia extensa” dijimos lo que el psiquiatra nos dijo...nos ayudaron mucho con la oración, ellos siempre llaman a preguntar” (María, abril 2025).

La organización económica ha estado tradicionalmente a cargo de padre, rol que se ha mantenido incluso tras el diagnóstico de Leo. El padre continúa siendo el principal proveedor, garantizando I siendo el padre quien suministraba los recursos económicos para la sostenibilidad del hogar como para la atención en salud del hijo

“.. el de la plata es él, porque es él quien trabaja y siempre ha sido así... y pues Leo a veces trabaja para sus cosas, pero quien da la plata para las cosas es el esposo, y él nos dejaba la plata para que fuéramos a las citas de mi hijo, porque yo era la que lo llevaba a los controles” (María, abril 2025).

Procesos Comunicativos

Claridad

La familia resalta de la comunicación atributos como los consejos y el tiempo compartido. La comunicación maneja un canal lineal donde el padre es quien orienta “Nos comunicamos bien, yo paso mucho tiempo con ellos y papá también le da consejos” (María, abril de 2025). Asimismo, María expresa satisfacción con la forma actual de comunicación “No,

así estamos bien, ahora hablamos más incluso, para estar pendientes de los hijos.” (María, abril de 2025). Teniendo en cuenta que la comunicación en la familia es superficial y unilateral, en la que no se abordan temas sensibles, se pueden generar ambigüedad y barreras para la comprensión de los mensajes, lo que puede derivar en interpretaciones erróneas y dar lugar a la confusión, por la falta de claridad en los mensajes.

Expresión Emocional Sincera

La familia tiene una expresión emocional limitada “somos más bien tranquilos, no somos mucho de expresar las cosas, yo amo a mis hijos y ellos son importantes para mí, pero soy más bien simple.”. Las emociones se identifican a través del lenguaje no verbal,

“cuando están bravos se ponen mal encarados, uno los deja que se le pase y luego uno les pregunta a ver qué fue lo que le paso y si uno le puede ayudar, cuando están alegres eso solo risa, los muchachos a veces echan chistes o se molestan, el menor es el que a veces se pone de pegajoso y me abraza” (María, abril 2025).

La expresión emocional es superficial, ya que no se comunican abiertamente los sentimientos ni se promueven espacios para la verbalización de emociones profundas. A pesar de que los miembros de la familia buscan manifestar sus necesidades insatisfechas, no son siempre reconocida o reforzadas de manera explícita, donde el respaldo afectivo de los padres es limitado lo cual podría limitar a la vez el apoyo emocional

Resolución de Problemas

Frente a una situación que no puede cambiarse y que provoca tensiones, la familia opta por una actitud pasiva, evitando confrontaciones “Pues no sé, se espera a ver qué pasa, y si se puede pues se dice algo o si no se deja así” (María, abril de 2025).

En continuidad con la entrevista realizada a la familia, es importante señalar que la información que se presenta a continuación proviene de la perspectiva específica del hijo con diagnóstico de enfermedad mental. Los resultados siguen categorías de segundo y tercer

orden, centradas en el impacto del diagnóstico sobre la estructura y las dinámicas relacionales de su familia.

La información de la entrevista semiestructurada realizada al hijo corresponde a una categoría de primer orden relacionada con Efectos del diagnóstico de la enfermedad mental sobre la familia.

En relación con los efectos diagnósticos de enfermedad mental, se exploraron teniendo en cuenta la Estructura y Dinámica familiar.

En cuanto a la Estructura se tuvo en cuenta codificaciones sobre vínculos relacionales y la territorialidad en el hogar.

Estructura

Vínculos Relacionales

Para el hijo tener diagnóstico de enfermedad mental ha significado dificultad frente a las relaciones con la familia y amigos "es complicado porque pues eso no les da a todos, y es difícil, por lo general uno pierde el a los amigos, se aleja uno del de la familia, es difícil, uno pierde a los amigos y se aleja de la familia... ahora me siento más en familia" (Leo, abril de 2025).

Frente al tratamiento Leo lo ve como un medio para obtener bienestar y resalta su compromiso frente a este "el tratamiento me sirvió mucho para sentirme bien, y pues fui juicioso" (Leo, abril 2025).

Ante el diagnóstico, el hijo manifiesta la sensación de miedo en relación con poder asumir el tratamiento "Pero a mí me daba miedo al principio de que no, no fuera, no me fuera posible continuar con el proceso porque tenía miedo de que no fuera capaz y pues con el apoyo de la psicóloga y mi familia, pues pude salir adelante y completar todo el proceso y salir bien" (Leo, abril de 2025).

El hijo sintió seguridad frente al diagnóstico en relación con el apoyo del equipo de salud mental "me sirvió bastante porque con la psicóloga hablábamos bien, hablamos harta

idea, me aconsejaba y todo, ya la psiquiatra y la psicóloga me dieron de alta.” (Leo, abril de 2025).

Leo percibe cambios tras el diagnóstico en la forma de relacionarse en la familia percibiendo mayor unión y cercanía entre sus miembros "antes mantenían más distantes, no, no me hablaba con nadie, pelea bastante mantenía enojado, en fin, o sea, ya ahorita me relaciono más, ya hablo más y ya siento más el apoyo de la familia" (Leo, abril de 2025).

Los miembros de la familia con quien tiene mayor cercanía son con la madre y el hermano, lo cual guarda relación con las actividades realizadas en común

"la hora de la comida del almuerzo en el comedor, compartimos todos...pues con mi mamá comparto bastante y con mi hermano pequeño, mi papá casi no, porque él trabaja bastante ... con mi mamá, también acá en la casa compartimos, yo le ayuda a hacer aseo cosas así y hablamos mientras llega mi hermano del colegio y con mi hermano, le colaboro en las tareas, compartimos eso y a veces salimos a caminar por ahí" (Leo, abril de 2025).

Frente al impacto del diagnóstico de la enfermedad mental en relación con la Dinámica se codificó de acuerdo a los cinco niveles de la comunicación, y cohesión y diferenciación.

Dinámica

Comunicación

Cinco Niveles de la Comunicación.

Leo percibe que la emoción más expresada en la familia es la alegría la cual está relacionada con el bienestar y el estar unidos. "pues por lo general nos mantenemos alegres. No, no somos tan tristes ni nada y no somos de muchas preocupaciones, casi no. Por lo menos estamos bien, nos mantenemos felices." (Leo, abril de 2025). Además, al referirse a sus propias emociones, destaca la felicidad como la más frecuente "La felicidad, a pesar de todo, somos una familia feliz, todos compartimos y hacemos cosas juntos" (Leo, abril de 2025). La

comunicación frente a las emociones es superficial y de tipo convencional, limitando la expresión profunda del sentir.

Para Leo hablar del diagnóstico de enfermedad con la familia fue un tema que emergió de forma progresiva en parte de la vida diaria, la comunicación de este tema se da en relación con *hablar de otros* en relación con las acciones realizadas por los padres

“ha sido bien, mi familia desde antes de la crisis ya me había dicho que sería bueno que fuera al hospital, ellos siempre han estado pendientes de mí y quieren lo mejor para mí. Ellos me aconsejaban que fuera a las citas que me tomara las pastas, están pendientes de mí. Siempre me han mostrado su apoyo y ahora estamos muy contentos porque ya terminé los controles por psiquiatría y psicología” (Leo, abril 2025).

La comunicación en Leo se caracteriza por un estilo convencional y superficial, centrado en temas cotidianos y funcionales. Ocasionalmente, expresa comentarios relacionados con la opinión de otros, pero es limitada a la hora de profundizar en aspectos emocionales.

Cohesión y Diferenciación

El aspecto que más resalta Leo de la familia es la unión, el sostén y el apoyo mutuo entre sus miembros “pues que son muy unidos, compartimos bastante” (Leo, abril de 2025).

Frente a los cambios en la familia Leo considera que no modificaría nada en su familia “No, yo diría que nada, somos una familia unida, nos hablamos, compartimos, pues no todos vivimos juntos (por los hermanos que ya tienen hogar), pero nos hablamos, compartimos” (Leo, abril de 2025).

En la familia de Leo se encontró que, tras el diagnóstico de enfermedad mental del hijo buscan preservar la estructura y la dinámica familiar previo a este. Estructuralmente, son una familia con límites difusos, los padres tienen roles y tareas según ideología de género. En relación con la dinámica, la comunicación es superficial, muy básica frente a la expresión emocional de sus miembros, y lineal para afrontar los conflictos. Tras el diagnóstico del hijo la

familia percibe un poco más de acercamiento en relación con pasar más tiempo juntos y poder dar consejos a los hijos, lo cual es concordante con la percepción del hijo.

Desde la perspectiva de la familia y del hijo, en relación con los efectos del diagnóstico de una enfermedad mental, convergen en que la unión familiar es el elemento de la familia que más destacan y que, además, tras la situación del diagnóstico, la familia se ha unido un poco más. En cuanto a las dinámicas relacionales, tanto la familia como el hijo expresan sentirse a gusto con la forma en que se vinculan y se mantienen como núcleo familiar, al punto de no considerar necesario realizar cambios en dicha dinámica.

Tras recibir el diagnóstico, tanto los padres como el hijo experimentaron miedo, en torno al pronóstico de la enfermedad y el tratamiento. A pesar de estas emociones compartidas, existen diferencias en la manera en que perciben y expresan sus sentimientos. Mientras María considera que en su familia no se expresan abiertamente las emociones, Leo percibe que predomina la felicidad, siendo esta la emoción que, según él, más se manifiesta dentro del núcleo familiar.

En relación con los procesos de resiliencia familiar, el sistema de creencias tiene un gran protagonismo en la familia especialmente en lo relacionado con la espiritualidad, en el cual la familia busca apoyo para asumir el proceso del diagnóstico y tratamiento del hijo que fue diagnosticado con enfermedad mental. Sin embargo, el recurso resiliente que más destaca la familia es la unión entre sus integrantes, la cual se fortaleció tras la situación del diagnóstico del hijo y ha contribuido a asumir los retos emergentes de esta situación.

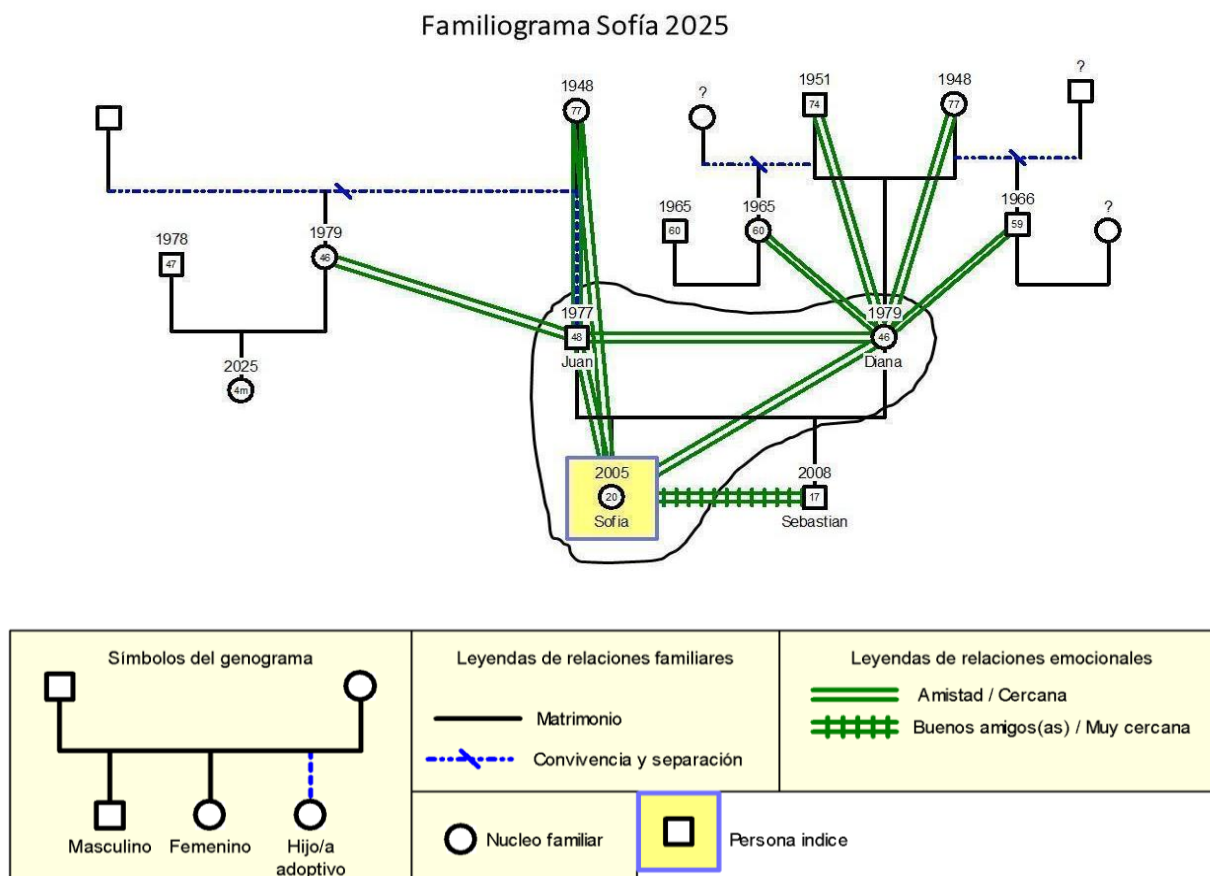
A partir de los resultados obtenidos, se evidencia la necesidad de fortalecer la comunicación dentro del sistema familiar, promoviendo espacios para la expresión emocional y los puntos de vista entre sus miembros. Asimismo, se identifica como aspecto relevante la incorporación activa del padre en tareas relacionadas con la crianza de los hijos, con el fin de fortalecer los vínculos afectivos en el entorno familiar.

Familia de Sofía

Sofía tiene 20 años, es estudiante universitaria. Fue diagnosticada con enfermedad mental hace cuatro años, se encuentra en seguimiento periódico por el área de salud mental.

Figura 2

Familiograma familia de Sofía 2025



Sofía pertenece a una familia nuclear. Compuesta por los padres Juan y Diana, quienes están casados desde hace 22 años, de la unión nacieron dos hijos: Sofía y Sebastián. La familia atraviesa el ciclo vital en el cual los hijos están en temporada universitaria y afronta el cambio de domicilio del hijo menor por motivos académicos (inicio de la carrera universitaria). Los padres tienen escolaridad universitaria, Sofía es estudiante universitaria y Sebastián está próximo a iniciar la universidad.

La relación entre los padres es cercana, está organizada según una distribución de roles de género tradicionales. A pesar de que ambos padres trabajan y contribuyen económicamente al sostenimiento de hogar, se mantiene una diferencia clara frente a sus funciones; La madre asume el cuidado, padre se posiciona como la figura de autoridad del sistema familiar, se encarga de la autoridad en el hogar, y en conjunto asumen la crianza de los hijos.

La autoridad de la familia es compartida entre los padres, y que las normas son concertadas con los hijos, optando por un sistema de normas flexibles. Sin embargo, hay normas definidas que no son negociables tales como se almuerza sin celular, dar información de donde se va estar, horarios de sueño. La relación entre los miembros de la familia es estrecha, sin embargo, hay mayor cercanía entre los hermanos. Los padres ejercen el rol de cuidadores favoreciendo una estructura de apoyo. La comunicación tiene elementos de las actividades de la vida diaria, se habla acerca de otros como también de las ideas y opiniones frente algunos temas.

Los padres no cuentan con red familiar en la ciudad, sin embargo, mantienen una relación cercana con sus familias de origen, a través de la virtualidad, la red familiar es considerada como una red de tipo emocional y económico para la familia.

Diana procede de una familia reconstituida, tiene cercanía con sus hermanos y con los demás familiares especialmente con los primos dado que crecieron como hermanos, refiere en el momento la relación es cercana a pesar de la distancia. Por su parte, Juan es adoptado, cuando la madre estaba soltera; años después nació su hermana menor producto de una relación de la madre. La relación de Juan con la madre y la hermana es cercana y de soporte.

Sofía fue diagnosticada hace cuatro años con una enfermedad mental, en un contexto en el que residía temporalmente en otra ciudad por motivos académicos, viviendo con un tío. El primer acercamiento a los servicios de salud mental ocurrió a través de urgencias por intento de suicidio, en esa ocasión tuvo que ser hospitalizada en el área de unidad mental. A raíz de

este evento, la madre tomó la decisión de cambiar de trabajo para disponer de más tiempo en el hogar y estar más presente para sus hijos. Además, la familia percibe mayor cercanía, nivel de la comunicación la familia reconoce que a partir de esta experiencia ha surgido una apertura gradual para hablar más sobre las emociones

La información de la entrevista semiestructurada realizada a la madre (Diana) corresponde a dos categorías de primer orden las cuales son Efectos del diagnóstico de la enfermedad mental sobre la familia y Procesos fundamentales de la resiliencia familiar, las cuales guardan relación con los objetivos planteados en la presente investigación.

A continuación, se explora la categoría de efectos del diagnóstico de la enfermedad mental, considerando la estructura y dinámica familiar.

En cuanto a la Estructura se tuvo en cuenta codificaciones sobre vínculos relacionales, límites o fronteras de la familia y territorialidad.

Estructura

Vínculos Relacionales

El proceso de atención en el área de salud mental se dio tras un intento de suicidio” mi esposo estaba en la línea con ella, pues tratándola de llevar de manejar. Cuando ellos entraron a la habitación, esa puerta cerrada, pues ya Sofía la crisis, se generó más alta, a ellos se les recomendó, pues llamar a ambulancias." (Diana, abril de 2025).

Los vínculos familiares antes del diagnóstico de enfermedad mental de la hija, eran distantes dado que los padres estaban centrados en actividades laborales "...mi trabajo me absorbía mucho...era jefe, entonces era bastante absorbente, yo tenía que tener el celular 24/7, se presentaba algo, tenía que atenderlo, independientemente que se presentará un fin de semana o un festivo, entonces era complicado " (Diana, abril de 2025).

Lo cual cambió tras el diagnóstico de la hija, debido a que la madre realizó cambio del lugar de trabajo buscando estar más tiempo en casa con sus hijos, haciendo que los vínculos familiares se hicieron más estrechos “ahorita tengo un trabajo que me permite estar más en

casa, más pendiente de ellos. Y fue, pues a raíz de lo de Sofía también tocó...yo cambié de trabajo, en el trabajo que tengo ahora manejo mi tiempo” (Diana, abril 2025).

En relación con el subsistema filial, la madre percibe la relación como muy estrecha entre los hermanos “Son muy apegados, demasiado, diría yo. Aunque pelean como hermanos, son unidos para todo, comparten demasiado. Siempre ha sido así” (Diana, abril 2025). Vínculo que ha permanecido sin cambios, tras el diagnóstico de Sofía.

Límites o Fronteras

El diagnóstico de enfermedad mental ha generado cambios a nivel familiar percibiendo un poco más de expresión emocional y unión entre los miembros de la familia

"Han mejorado, tratamos de expresarnos más...hemos estado más unidos, tratarnos de pasar más tiempo... de poder estar con ella en casa, ... estamos como más juntas, si ella dice que se siente mal, vamos a dar una vuelta, hablamos y Sofía se ha pegado mucho a mí." (Diana, abril de 2025).

Los límites entre los subsistemas parental y filial son claros, permiten el contacto emocional sin perder la autonomía, hay respeto entre los roles y el espacio personal. Tras el diagnóstico de la hija, Diana percibe que comparten más tiempo entre los subsistemas en relación con la expresión de emociones y en familia.

Territorialidad

La familia comparte espacios relacionados con el espacio vital el comedor y la sala, espacios en los cuales comparten la alimentación y actividades de acompañamiento. Además, comparten espacio relacionado con lo privado como lo es el cuarto de los padres “La hora del almuerzo porque estamos todos, entonces en la en la mesa y cero celulares...el comedor y el cuarto de nosotros. Es donde estamos más o afuerita el comedor es como una salita. Ahí cuando, por ejemplo, vamos a prender velitas, abrimos las puertas y nos sentamos ahí” (Diana, abril de 2025).

Frente al impacto del diagnóstico de la enfermedad mental en relación con la Dinámica se codificó de acuerdo a los cinco niveles de la comunicación, simetría y complementariedad, roles, reglas o normas, cohesión y diferenciación.

Dinámica

Comunicación

Cinco Niveles de la Comunicación.

La familia se reúne en torno a momentos y espacios de la cotidianidad de la familia como los horarios de comida, donde la comunicación es de tipo superficial y va en relación con el día a día “La hora del almuerzo porque estamos todos, entonces en la en la mesa y cero celulares, ...hablamos como nos fue, que hicimos” (Diana, abril de 2025).

La comunicación entre la pareja se orienta a ideas y opiniones. Comparten temas relacionados con los hijos y gustos personales “... nos llevamos bien, como toda pareja hay ocasiones que tenemos nuestros altibajos, pero somos muy unidos...conversamos de los hijos, o a veces de cine, música, o deportes” (Diana, abril de 2025).

La comunicación con los hijos se centra en temas relacionados en temas en acuerdos del hogar y de intereses en común

“Siempre lo hemos tratado de incluir a ellos, ...en los acuerdos...De todos los temas sí hablamos de sexualidad, temas de interés de toda la familia como la música, el cine, porque pues a todos nos gusta, el deporte, ambos son deportistas de por sí, ambos chicos, ... política, cultura genera” (Diana, abril de 2025), de tal forma que la comunicación con los hijos se da en torno a ideas y opiniones.

En situaciones de desacuerdos o diferencias de opinión, la familia opta por el diálogo como forma de conocer las ideas y opiniones que generan la diferencia” Trata de conversar primero. Dejar el espacio para que se calme y después, pues hablar de lo que pasa o lo de que incomoda... Nos sentamos a hablar sobre ello” (Diana, abril de 2025).

La familia utiliza la comunicación verbal para dar a conocer lo que cada miembro siente. Explorando no solo las emociones, sino también sus causas favoreciendo de esta forma la expresión emocional

“De todas, si estamos bravos, nos decimos si estamos tristes también....

Tratamos de conversar primero, o se deja el espacio para que se calme y después hablar de lo que pasa...También se comparte la alegría... cuando dice,” Ay, mami, llegué feliz “... Entonces uno pregunta” (Diana, abril de 2025).

La expresión de emociones ha sido de los factores que se han modificado tras el diagnóstico de Sofía. Antes no se hablaba de las emociones “Pues mi hijo es un poco cerrado con sus emociones, le cuesta expresarse. A Sofía también, por eso creo que le pasó lo que le pasó, porque se llenó de cosas y no, no las sacó a flote.” (Diana, abril de 2025).

Tras la situación del diagnóstico, los miembros de la familia buscan tener mayor apertura emocional, “poder expresar más las emociones, especialmente en los chicos, con lo que le pasó a Sofía, se han podido hablar de muchas cosas, ellos usualmente hablan cuando tienen mal genio, están tristes o cuando se sienten frustrados” (Diana, abril de 2025).

Respetando los momentos de cada uno “aunque hay momentos en que cada uno necesita su espacio, entonces se respeta eso y más adelante, pues se da la oportunidad de hablar” (Diana, abril de 2025).

La expresión emocional de los padres en relación con el diagnóstico de enfermedad mental de Sofía se centra en el miedo, la incertidumbre y el dolor, especialmente, por lo inesperado de la situación “...no ha sido fácil, inicialmente, nadie acepta su condición, entonces, mientras se hace conciencia del proceso... tú tienes que ser muy constante como familia, ha sido difícil porque uno nunca cree pasar por una situación así” (Diana, abril de 2025). Diana percibe que, para el padre, Juan, la situación del diagnóstico fue una situación dolorosa “para él fue un poco más duro, porque Sofía es una niña muy consentida de papá... él

es muy sobreprotector ... esto es algo que él no entendía, que no aceptaba y que estuviera sucediendo... es una situación dolorosa” (Diana, abril de 2025).

Además, del miedo a lo incierto y a lo que pueda suceder se mantiene “da miedo dejarla sola o que pase algo, pues es como el miedo que tenemos todos, ... han sido situaciones bastantes duras qué ... no le pueden dejar de generar miedo, le toca manejarla así e irla superando.” (Diana, abril de 2025). La comunicación de emociones frente a la situación de diagnóstico de la hija contiene ideas y opiniones frente a la situación, sin embargo, no se profundiza en las emociones sentidas.

A raíz del diagnóstico de enfermedad mental de Sofía, se generaron cambios en la dinámica comunicativa del sistema familiar, manifestada en la actualidad en una apertura hacia la expresión emocional, especialmente en el subsistema filial.

Complementariedad y Simetría.

En las relaciones del sistema familiar, los padres asumen roles distintos y relacionados con el género. Mientras el padre cumple tiende a desarrollar funciones de autoridad y la madre con los cuidados. Esta configuración se relaciona con un modelo de autoridad complementaria donde los padres tienen roles distintos y se complementan entre sí “cómo compartido mi esposo, es como un poco más autoritario, no, y yo soy algo más flexible, yo soy la que me encargo de los cuidados, en cuanto a la parte de solicitud de citas, medicamentos, controles., todo lo que es la organización de la casa, además, trabajo, hago varias cosas.... es muy estricto, pues, por ejemplo, a mi hijo le encantan los videojuegos... Entonces pues le tiene control parental, le tiene un sistema para bloqueo automático” (Diana, abril de 2025). Tras el diagnóstico de Sofía no hay cambios en estas relaciones, acentúa un poco más las funciones de cuidado de la madre en relación con las citas, los medicamentos y los controles.

Roles

En la familia las funciones están distribuidas según los roles de género, pese a que los dos padres trabajan. La madre es quien se encarga de las labores del hogar y el cuidado, por

su lado el padre tiene un rol más ligado con la figura de autoridad. Estos roles se mantienen tras la situación del diagnóstico de la hija.

Cohesión y Diferenciación

Los lazos familiares se refuerzan a través de actividades dentro del hogar tales como los horarios de alimentación, juegos de mesa y actividades del gusto de los miembros de la familia “La hora del almuerzo porque estamos todos, entonces en la mesa...nos ponemos a jugar parqués, dominó, vemos película, una que nos guste a todos” (Diana, abril de 2025). De igual forma, comparten espacios fuera del hogar, principalmente los fines de semana “Salimos de paseo, vamos a piscina, vamos, salimos normalmente los fines de semana, salimos a almorzar por fuera, vamos a comernos un helado. A veces, vamos a hacer ejercicio o vamos a cine” (Diana, abril de 2025). Frente a las actividades compartidas dentro y fuera del hogar, se han mantenido tras el diagnóstico de Sofía.

Frente al segundo objetivo, relativo a los procesos de resiliencia familiar, que se evidencian frente al diagnóstico de enfermedad mental, se relacionan a continuación las categorías de segundo orden (sistemas de creencias, patrones organizacionales y procesos comunicativos) y códigos hallados.

Sistema de creencias

Dotar de sentido la adversidad

A partir de la entrevista, no se evidencia una reflexión profunda por parte de la familia en relación con las posibles causas que dan origen al diagnóstico de enfermedad mental de la hija (Sofía). Se puede percibir cierta apertura, en el hecho que la madre haya cambiado de trabajo buscando estar más tiempo en casa, lo que podría tener que ver con el hecho que se necesita más su presencia. No obstante, esta situación no va acompañada de un cuestionamiento explícito sobre las dinámicas familiares o los factores que podrían haber dado origen al diagnóstico de Sofía.

Una interpretación podría surgir al identificar la dificultad de los hijos para expresar sus emociones “mi hijo es un poco cerrado con sus emociones, le cuesta expresarse. A Sofía también, por eso creo que le pasó lo que le pasó, porque se llenó de cosas y no, no las sacó a flote ” (Diana, abril de 2025). No obstante, se muestra como una interpretación aislada y no se desarrolla en un proceso reflexivo amplio de parte de la madre. No se cuestiona o profundiza sobre aspectos puntuales que den significado profundo al diagnóstico, ni se revisan los factores familiares que podrían haber contribuido a su aparición.

Perspectiva Positiva

Ante la situación derivada del diagnóstico de enfermedad mental de la hija, la familia ha tenido una postura optimista, reconociendo aspectos positivos y negativos de la situación, pero valorando la utilidad de sus esfuerzos y enfocándose más en los aspectos positivos al atravesar la situación de diagnóstico de enfermedad mental de la hija

Entre los aspectos positivos, se resalta el cambio a nivel del tiempo en familia y la expresión emocional “...nos hemos unido más, mejorado la forma como nos comunicamos, compartimos más tiempo en familia, claro está, antes compartíamos, pero el tiempo era muy reducido, ahora con este trabajo podemos compartir más.” (Diana, abril de 2025).

No obstante, la familia también identifica aspectos negativos como el temor hacia lo incierto y a la autonomía de la hija “Negativas, el miedo a soltar a Sofía un poco más, aunque con las terapias los profesionales nos han ayudado mucho, siempre está el temor de que algo pueda pasar.” (Diana, abril de 2025).

Trascendencia y Espiritualidad

En la familia la espiritualidad, se manifiesta principalmente en la figura materna a través de la fe católica, que le proporciona fortaleza interna frente a la adversidad “, Pues acá la única católica soy yo. Yo sí soy muy apegada a Dios a rezar, ... Y creo que eso me ha fortalecido en la parte espiritual” (Diana, abril de 2025).

La madre es percibida como fuente de inspiración y sostén para el padre. Su presencia y actitud fortalecen emocionalmente a su esposo, quien encuentra en ella la referencia principal para afrontar la situación “A él verme a mí, su fortaleza soy yo” (Diana, abril de 2025).

Patrones Organizacionales

Flexibilidad

A raíz del diagnóstico de enfermedad mental de Sofía, la familia realiza cambios, para transitar la crisis y los desafíos que esto pudiera acarrear.

La madre realizó un cambio de trabajo para poder estar más presente en casa

“Yo ahorita tengo un trabajo que me permite estar más en casa, más pendiente de ellos. Y fue, pues a raíz de lo de Sofía también tocó ...yo manejo mi tiempo. Tengo la ventaja de poder estar con ella en casa, yo trabajo desde casa” (Diana, abril de 2025).

Así mismo, se realizaron cambios en los acuerdos de convivencia, con el fin de prevenir situaciones de riesgo

“los cambios con ella es que nos tiene que informar todo el tiempo dónde va a estar y tiene que darles nuestro teléfono a sus compañeros... ellos puedan llamarnos y nosotros vamos de inmediato donde se encuentre... porque, con las situaciones que han pasado, uno se preocupa” (Diana, abril de 2025).

Además, la familia ha empezado a trabajar en la expresión de emociones, especialmente en el subsistema filial.

Conexión

El aspecto que más resalta la familia es la unión, el sostén y el apoyo mutuo entre sus miembros “me gusta, que somos muy uniditos, parecemos paticos jajaja, o sea, somos una familia que ... donde sea y andamos los cuatro, usted nos ve un fin de semana y anda papá, mamá y los niños.” (Diana, abril de 2025).

Siendo la unión familiar, uno de los factores que más resalta la familia ha contribuido a travesar la situación del diagnóstico de enfermedad mental de la hija “... la paciencia, la

entrega de la familia, estar unidos como familia en todo, hablando sobre las situaciones, escuchándonos. Eso le ayuda a uno a ser resiliente, a decir no, yo me puedo levantar, puedo seguir adelante y continuar” (Diana, abril 2025).

Respecto a los cambios que se quisieran implementar la familia, se anhela mayor autonomía frente a los objetos personales en los hijos y una expresión más abierta al afecto, debida a que se percibe como una barrera que limita la comunicación y la capacidad para relacionarse “pues de pronto que toca uno tratara de vivir pendiente de sus cosas, yo a veces sería, qué organización esto que mire esto... las muestras de amor, Sofía y el hermano no se permiten dar besos ni abrazos. O sea, es algo como que yo soy mucho de muy hecho de besos y abrazos” (Diana, abril de 2025).

Cuando hay problemas en con algunos de los miembros de la familia el diálogo es la forma de realizar acercamiento, “dialogando... depende de la situación... se busca la forma de hablar uno empieza y continúa, ¿No le pasó esto? me parece esto ... ¿qué vamos a hacer?, ¿cómo actuamos?, entonces, dime tú y de ahí seguimos” (Diana, abril de 2025)

Los padres consideran que las normas para la convivencia se establecen de manera consensuada. “nos sentamos en la mesa, dialogamos sobre las normas, todas son de mutuo acuerdo” (Diana, abril 2025). Sin embargo, en la práctica, existen reglas específicas sobre salidas y actividades cotidianas que reflejan una estructura más jerárquica: “...cuando salen los muchachos deben informar para dónde van, con quién van, a qué hora van a llegar, la hora de descanso, como también las labores de la casa como ordenar el cuarto, la ropa” (Diana, abril 2025).

Los padres consideran que las normas para la convivencia son de mutuo acuerdo “Dialogando, nos sentamos en la mesa, dialogamos sobre las normas, todas son de mutuo acuerdo” (Diana, abril 2025). No obstante, tienen normas relacionadas con salidas, y actividades de la vida diaria “... cuando salen los muchachos deben informar para donde van, con quién van, a qué hora van a llegar, la hora de descanso, como también las labores de la

casa como ordenar el cuarto, la ropa” (Diana, abril 2025). En la reflexión dialógica de la narrativa hay una relación que termina siendo unilateral que tiende a ser rígida y autoritaria.

El liderazgo en la familia es compartido con el esposo frente a la autoridad y los cuidados, el cual está basado en las mejores características de los padres “liderazgo cómo compartido. Mi esposo, es como un poco más autoritario, no, y yo soy algo más flexible” (Diana, abril de 2025).

Recursos Sociales y Económicos

Aunque la familia nuclear se considera unida, mantiene límites permeables con la familia extensa y amigos, con los que interactúan frecuentemente y de quienes reciben apoyo pese a que se encuentran en otras ciudades “Los abuelos, los tíos, los tíos políticos, los abuelos políticos, unas primas de segundo grado... Somos como hermanos de crianza porque todo el tiempo vivimos juntas... y así funcionamos, o sea, cuando algo le pasa a alguien se juntan todos” (Diana, abril de 2025). Los padres consideran que son de pocos amigos cercanos “...Somos de pocos amigos cercanos...una amiga mía, esa es cercana a ambos y es la que siempre nos apoya cuando hay alguna dificultad. Es la que más está pendiente, como si fuera una hermanita” (Diana, abril de 2025).

Hablar con la familia sobre el diagnóstico de enfermedad mental fue un proceso que realizó Sofía, quien informa sobre la situación de su diagnóstico “Sofía ve, pues las cosas como con mucha naturalidad, ella misma se encarga de decir... ella no tiene tabúes para hacerlo... aunque esto es una situación dolorosa, no hemos tenido como tabú esconder qué es lo que pasa” (Diana, abril 2025).

Además, la familia ha trabajado en la construcción de una red social de apoyo en diversos escenarios, para notificación de situaciones emergentes

“Además, porque alertando, también de que la red crezca de que sepan que si pasa algo bueno te extraño en ella, nos puedan llamar. ...tú tienes que tener veinte ojos

en todo momento... Con los amigos de la Universidad, con las personas del gimnasio, con la directiva de la universidad..." (Diana, abril 2025).

Así mismo, se reconoce al personal médico como parte de la red de apoyo "se ha contado con una red de apoyo muy buena, tanto desde la familia como desde los médicos... prácticamente los médicos entran a ser parte de la familia... nos dan orientaciones de cómo abordar situaciones difíciles ..." (Diana, abril 2025).

La organización económica se mantiene de forma compartida "compartidos gastos", y además reciben apoyo emocional y económico de la familia extensa "apoyo de familia". Emocional y económico también, aportan para las cosas o lo que se necesita". El actual trabajo de la madre le permite estar más tiempo en casa y le da flexibilidad para acompañar a su hija en el proceso "yo trabajo desde casa ... allá ya saben, me dicen tú prioridad es tu hija, entonces organízate con nuestros no hay lio... a veces le digo a ella (Sofía) que me acompañe" (Diana, abril de 2025).

Procesos Comunicativos

Claridad

La familia resalta frente a la comunicación que han mejorado la forma de expresar emociones "Han mejorado, tratamos de expresarnos más, aunque hay momentos que, pues cada uno necesita su espacio, entonces se respeta eso y más adelante, pues se da la oportunidad de hablar" (Diana, abril de 2025). A la madre le gustaría que hubiera expresión de afecto "las muestras de amor, Sofía y el hermano no se permiten dar besos ni abrazos... yo soy mucho de muy hecho de besos y abrazos "(Diana, abril de 2025). Aunque la familia busca mejorar en que la comunicación sea abierta y directa, esta tiende a mantenerse en un plano convencional y ocasionalmente se centra en ideas y pensamientos del emisor, lo cual podría limitar la escucha activa, el abordaje de temas profundos o situaciones complejas lo que podría ocasionar barreras en la comprensión mutua, lo que podría dar lugar a interpretaciones erróneas y confusión, por la falta de claridad en los mensajes.

Expresión Emocional Sincera

Tras el diagnóstico de enfermedad mental de la hija, la familia, ha buscado hablar un poco más frente a las emociones “De todas, si estamos bravos, nos decimos si estamos tristes también... en el caso de que alguien esté molesto se da su espacio, para que se calme y después, pues hablar de lo que pasa o incomoda” (Diana, abril de 2025). No obstante, la comunicación emocional es limitada y regulada, ya que no se expresan afectos o necesidades emocionales con claridad, ni se verbalizan emociones profundas.

Resolución de problemas

Ante una situación que no se puede cambiar, la familia toma una posición pasiva evitando el conflicto, sobre todo porque, a juicio de la esposa, el papa asume, en la práctica, una posición autoritaria

“soy de las que tiendo mejor a decir a guardar silencio. Mi esposo ... quiere siempre tener la razón ... a veces pide opiniones, pero termina haciendo lo que él quiere... me dice, qué opinas, digo, pues no tiene sentido que yo opine, porque igual vas a hacer lo que tú quieras, entonces puede ser algo desgastante” (Diana, abril de 2025).

La información que se presenta a continuación proviene de la perspectiva específica de la hija (Sofía) con diagnóstico de enfermedad mental.

Los resultados siguen categorías de segundo y tercer orden, centradas en el impacto del diagnóstico sobre la estructura y las dinámicas relacionales de su familia

En cuanto a la Estructura se tuvo en cuenta codificaciones sobre vínculos relacionales y la territorialidad en el hogar.

Estructura

Vínculos relacionales

Para la hija tener diagnóstico de enfermedad mental ha significado vergüenza en relación con frente a la imagen que buscan proyectar “A mí me da vergüenza, ... Porque

siempre trato de ser... como de una persona que sabe utilizar sus emociones, pero en realidad... No soy fuerte y no sé utilizar mis emociones..." (Sofía, abril de 2025).

Además, temor del mal manejo de la información de las personas del entorno sobre conocer de su situación de salud mental

"... yo no puedo presentar un trabajo y dicen que con la enfermedad que tengo, no debería de estar estudiando ... uno se siente desprotegido, entonces uno ahí dice es mejor callar, hacer que todo está bien ... lo mismo de la vida laboral" (Sofía, abril de 2025).

Ante el diagnóstico, la hija expresa miedo en relación con el diagnóstico de enfermedad mental frente al manejo de las emociones "Que yo no pueda dominar mis pensamientos y mis emociones, que llegue la gente y lastime a las personas... Como que ese es el miedo a lastimar, pero también es el miedo a estar sola" (Sofía, abril de 2025).

La hija no siente seguridad frente a este proceso, sin embargo, no se asume desde una perspectiva negativa sino desde el crecimiento personal "No me siento segura con nada... pero es algo que tomo con calma, sí, tampoco negativamente. Digamos que es una forma de terminar, de madurar, ciertas cosas" (Sofía, abril de 2025).

Frente al tratamiento, la percepción se ha ido modificando en la medida que se va haciendo aceptación del proceso terapéutico "horrible lidiar con mi medicamento es muy difícil, toda la clase casi durmiéndote, entonces tratar que el cerebro está despierto es un ejercicio ". Al inicio fue una situación tomó tiempo para procesarse, pero luego se fue incursionando progresivamente "lo acepté muy mal al comienzo, porque yo estaba en negación; pero ya después, fue como ... necesito esto, ... no fue tan fácil, pero he tenido que aprender muchas cosas, aprender a respirar para mí, fue lo mejor" (Sofía, abril 2025).

La hija percibe la relación con los padres en dos momentos, antes y después del diagnóstico de enfermedad mental. Antes del diagnóstico, percibía ausencia de comunicación con los padres "cuando no hubo psicóloga, cuando no hubo nada de eso, en realidad no había comunicación en lo absoluto" (Sofía, abril de 2025).

Pero tras el diagnóstico de enfermedad mental esta situación cambió, en la medida que Sofía expresa situaciones de su vida "...mi adultez y empecé el tratamiento ya fue como ... no tengo porque esconderles las cosas... la verdad las cosas han cambiado" (Sofía, abril de 2025). De igual forma, siente que la relación con los padres cambió, percibiendo los un poco más cercanos

"un poco más de atención, de la cual antes no había, mis padres no eran tan atentos.... También me tengo que acostumbrar a eso, pero al final yo digo "Me agrada que mis papás hayan tomado conciencia y hayan tenido en cuenta que es importante estar con sus hijos" ... es lo mejor, es una satisfacción increíble " (Sofía, abril de 2025).

Frente al impacto del diagnóstico de la enfermedad mental en relación con la Dinámica se codificó de acuerdo a los cinco niveles de la comunicación, y la cohesión y diferenciación.

Dinámica

Comunicación

Los Cinco Niveles de la Comunicación.

La emoción que siente Sofía que se expresa con más frecuencia en la familia es la felicidad, la cual está ligada al tiempo compartido en familia "la felicidad, a pesar de todo, somos una familia, feliz, todos, compartimos y hacemos cosas juntos."

Sofía identifica la furia como la emoción que expresa con mayor frecuencia en su vida cotidiana, asociada a un estado persistente de frustración e inconformidad tanto consigo misma como con el entorno "Furia... siempre vivo, enojada conmigo misma, y quiero cambiar las acciones de los demás, ... hay mucha frustración, entonces siempre estoy enojada o siempre estoy estresada, siempre llego acá a la casa de mi día a día enojada". La comunicación de la emoción tiende a centrarse en las conductas de los otros, generando una respuesta desde ideas y opiniones.

La expresión de la felicidad y afecto en Sofía se da a través de detalles "cuando estoy muy feliz. Le hago detalles a quien esté alrededor... mi forma de demostrar mi afecto a los

demás es comprar, cosas físicas, ... sin importar el valor, ... sé que usted quería esto, entonces tomé se lo compré” (Sofía, abril de 2025). La expresión de afectos es limitada y convencional, la cual no es verbalizada, sino demostrada a través de regalos.

Las conversaciones de Sofía con sus padres en relación con el diagnóstico de enfermedad mental, es un tema habitual y gira en torno al tratamiento “todos los días hablamos de eso... ellos me van preguntando cómo me voy sintiendo... Siempre están preocupados y siempre preguntan y siempre hablan de ello”. (Sofía, abril de 2025). La comunicación con los padres es convencional, la expresión de emociones profundas es limitada.

La comunicación en Sofía se caracteriza principalmente por un estilo convencional, centrándose en lo cotidiano. En algunos momentos, su expresión se orienta hacia ideas y opiniones, especialmente cuando se refiere a su malestar emocional, pero sin profundizar en este.

Cohesión

Para Sofía los lazos que unen a la familia, se manifiestan a través de la cercanía y el apoyo mutuo entre sus miembros. En la relación con su hermano, siente un vínculo estrecho y recíproco, basado en una dinámica de intercambio

“él cumplía todos mis caprichos y yo cumplía todos los caprichos de él....

Usualmente yo lo acompañaba en el estudio mientras él jugaba, yo hacía trabajos,

veíamos una película... a veces nos sentamos a hablar él me escuchaba, me

aconsejaba... yo hacía lo mismo... mi hermano era mi todo, sí, o sea con mi mamá lo

hago, pero es más como, no hay ese vínculo” (Sofía, abril de 2025).

Con la madre, destaca el apoyo emocional y la contención afectiva “mi mamá, es complicidad, cuando yo hago algo malo y lo primero que hago es contarle a mi mamá, como para aliviarme” (Sofía, abril de 2025). Esta relación se configura como un espacio de validación y descarga emocional, mostrando un vínculo caracterizado por la disponibilidad constante y la confianza.

Respecto al padre, lo percibe como un segundo recurso de apoyo: “si ya con mamá no lo puedo resolver, busco papá”. Indicando que ambos padres son percibidos como figuras cercanas y accesibles. Además, Sofía considera a sus padres como amigos “ellos son como mis amigos, la verdad, nunca los he visto a mis papás como mis papás... puedo contarles cosas” (Sofía, abril de 2025), lo cual sugiere una horizontalidad en los vínculos parentales, con límites generacionales difusos, que, si bien promueven confianza y apertura, podrían también implicar desafíos en términos de diferenciación.

A Sofía le gustaría que la familia fuera más extensa y que la expresión de emociones “que no fuera tan chiquita jajajaj...Somos una familia muy reducida, es más lo que fue mi abuela y mi tía no tuvieron hijos adoptaron... son demasiados estrictos” (Sofía, abril de 2025).

Del mismo modo, le gustaría que se generarán cambios en torno a la expresión de emociones, debido a que la percibe como limitada

“son un poco fríos con el asunto de las emociones. No es como. otras familias, yo veo a mis compañeros con sus tíos, sus abuelos o ... todas sus familias iban a recogerlos y se llamaban picos y se daban abrazos y nosotros... no somos así y eso ha tenido como consecuencia que yo no soy una persona afectiva y mi hermano tampoco lo es. Mi hermano y yo nos adoramos, pero nunca nos van a ver dándonos un pico o un abrazo” (Sofía, abril de 2025).

En la familia de Sofía se encontró que, tras el diagnóstico de enfermedad mental de la hija se han generado cambios en la dinámica familiar. Estructuralmente, son una familia con límites claros, los padres tienen roles y tareas según el género, lo cual se preserva tras el diagnóstico. En relación con la dinámica, la comunicación es principalmente en relación con ideas y opiniones. Tras el diagnóstico de Sofía, la madre realiza un cambio de trabajo para estar más tiempo en casa lo cual se relaciona en la actualidad con más tiempo compartido. Además, a nivel de la comunicación refieren se encuentran trabajando en comunicar más emociones.

Desde la perspectiva de la madre quien fue a quien se entrevistó y de la hija, en relación con los efectos del diagnóstico de una enfermedad mental. Tras la situación del diagnóstico tanto la familia como la hija sienten miedo, en relación con lo que es incierto y con el manejo de emociones (en el caso de la hija), sin embargo, tras esta situación sienten mayor unión familiar. convergen que, tras la situación del diagnóstico, la familia se ha unido un poco más.

A nivel de las emociones la madre siente que se abordan todas las emociones, por su lado Sofía percibe que la emoción más manifiesta en familia es la felicidad, pero que ella en particular siente furia con más frecuencia en relación con las acciones de otros.

El elemento que más resalta la madre de la familia es la unión, a diferencia de Sofía quien lo que más resalta es el apoyo de los padres ante situaciones difíciles.

En relación con los aspectos a mejorar, tanto madre como hija coinciden en señalar la expresión emocional a través del afecto físico, como los abrazos y los besos, como un aspecto limitado dentro de la dinámica familiar. Esta convergencia evidencia un reconocimiento compartido de la necesidad de fortalecer las formas de expresión afectiva directa, lo cual podría enriquecer aún más la intimidad emocional del sistema familiar.

Frente a los procesos de resiliencia familiar, los patrones organizacionales han sido los más sobresalientes en la situación del diagnóstico de la hija. Debido a las necesidades de estar al pendiente de Sofía, la madre realiza un cambio de trabajo, teniendo en la actualidad un trabajo con jornada laboral flexible y que se realiza principalmente desde casa; hay creación de redes de apoyo social y fortalecido la red familiar extensa.

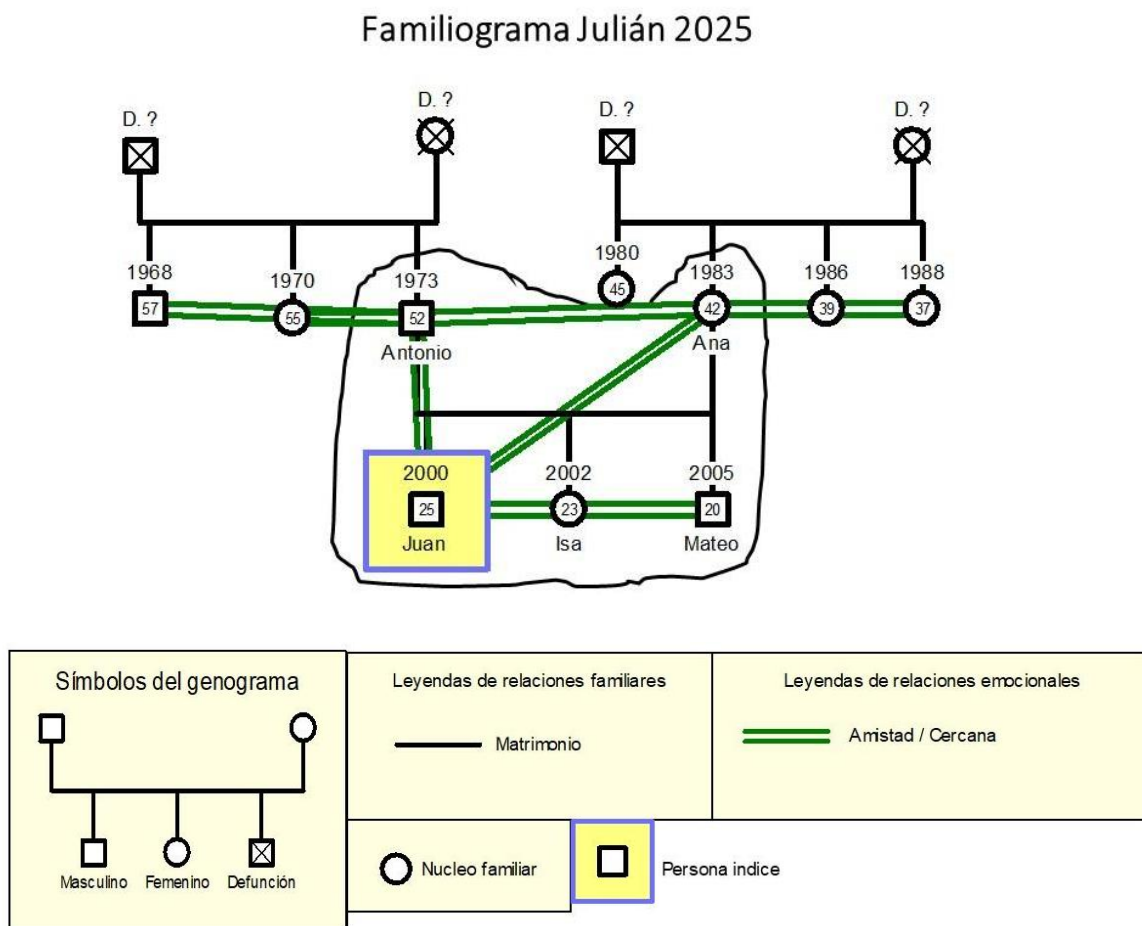
A partir de los resultados obtenidos, se evidencia la necesidad de fortalecer la comunicación dentro del sistema familiar, fortaleciendo espacios para la expresión emocional y la resolución de problemas. Asimismo, se identifica como aspecto relevante la incorporación activa del padre en tareas relacionadas con la crianza de los hijos, con el fin de fortalecer los vínculos afectivos en el entorno familiar.

Familia de Julián

Julián tiene 25 años, es estudiante universitario. Fue diagnosticado con enfermedad mental hace seis años, se encuentra en seguimiento periódico por el área de salud mental.

Figura 3

Familiograma familia de Julián 2025



Julián pertenece a una familia nuclear, compuesta por los padres quienes están casados desde hace 26 años, tienen tres hijos Julián, Isa y Mateo, los cuales son adultos jóvenes y se encuentran cursando estudios universitarios.

La relación entre los padres es cercana, ambos procuran tener una distribución equitativa de las tareas. Sin embargo, persisten elementos tradicionales en la asignación de roles de género. Así mismo, la relación entre los hermanos es estrecha.

Dentro del núcleo familiar, la relación que Julián mantiene con los padres y hermanos es cercana. Lo cual está mediado por la convivencia cotidiana, y el trabajo en el negocio familiar. La comunicación familiar se caracteriza por un estilo predominantemente convencional, centrado en asuntos cotidianos.

Los padres cuentan con red familiar en la ciudad. Antonio viene de una familia nuclear y es el menor de tres hermanos, los padres están fallecidos. La relación con los hermanos es cercana, además, en la ciudad viven otros parientes como tíos y primos con quienes tiene cercanía. Por su parte Ana, viene de una familia nuclear, tiene padres fallecidos, es la segunda en orden de nacimiento de cuatro hermanas, la relación es cercana, además ella mantiene contacto cercano con tíos y primos cercanos.

El padre tiene escolaridad de cuatro semestres de administración de empresas y la madre es bachiller. Julián es estudiante universitario al igual que sus hermanos. La autoridad de la familia es compartida entre los padres, han optado por rutinas para la convivencia familiar. La relación entre los miembros de la familia es estrecha. Los padres ejercen el rol de cuidadores. La comunicación tiene elementos de las actividades de la vida diaria, se habla acerca de otros como también de las ideas y opiniones frente algunos temas.

Julián fue diagnosticado con enfermedad mental a los 19 años, en un momento en el cual estaba incursionando como ciclista. El acercamiento al servicio de salud mental se da tras cambios en el comportamiento de Julián. Tras esta situación la familia busca mantener la forma como venían relacionándose y funcionando previo al diagnóstico, además han optado por una actitud positiva y perseverante.

La información de la entrevista semiestructurada realizada a los padres (Ana y Antonio) corresponde a dos categorías de primer orden las cuales son Efectos del diagnóstico de la enfermedad mental sobre la familia y Procesos fundamentales de la resiliencia familiar.

En cuanto a la Estructura se tuvo en cuenta codificaciones sobre vínculos relacionales, límites o fronteras de la familia y territorialidad.

Estructura

Vínculos Relacionales

El proceso de atención de Julián en el servicio de salud mental se dio tras cambios en el comportamiento

“se me enojó, me hizo así en un signo, pues así, feo. Sí, más acá, sin más allá, sin decirle nada ... Ahí mismo saqué una cita bueno, por psicología. Ya no nos remitieron a psiquiatría ... después empezamos a mirar más a fondo en la Clínica San Ignacio, en Bogotá” (Antonio, abril 2025).

Tras el diagnóstico de enfermedad mental del hijo, la familia se esfuerza por mantener los vínculos y la unión del núcleo familiar “somos muy unidos, siempre ha sido así, lo más importante es la familia... con Julián hemos querido que él sienta que todo está normal en la casa, que él puede tener una vida normal” (Antonio, abril de 2025)., queriendo mantener la igualdad en la relación con los hijos “tratamos de ver lo más parejo a los hermanos y así lo tratamos y todo, todo como muy igual.” (Ana, abril de 2025).

Límites o fronteras

El diagnóstico de enfermedad mental ha generado cambios a nivel familiar frente a las actividades que compartían como padre e hijo

“La forma de hacer deporte. Yo tenía mi bicicleta, también me volvió ciclista, pero mermó mucho el asunto de montar en bicicleta... los medicamentos lo sientan un poquito, ... bueno uno cambia la visión de todo, de la vida, pero hemos estado tranquilos, tratamos de seguir como si estuviera normal” (Antonio, abril de 2025).

Los límites entre los subsistemas parental y filial son claros, permiten el contacto emocional sin perder la autonomía, hay respeto entre los roles y el espacio personal. Tras el diagnóstico de Julián el padre percibe cambios en la forma de relacionarse y los espacios que compartía con su hijo debido a que habían encontrado en el ciclismo como otra forma de compartir padre e hijo.

Territorialidad

La familia comparte espacios relacionados con el espacio vital, relacionado con actividades de alimentación y el lugar donde ven televisión“ el desayuno, el almuerzo y la cena... en ese momento usted comparte... sentarse a ver televisión con él...” (Antonio, abril de 2025).

Frente al impacto del diagnóstico de la enfermedad mental en relación con la Dinámica se codificó de acuerdo a los cinco niveles de la comunicación, simetría y complementariedad, roles, reglas o normas, cohesión y diferenciación.

Comunicación

Cinco Niveles de la Comunicación

La familia comparte a la hora de la comida, la comunicación en este espacio está orientada a aspectos superficiales y hablar de otros “el desayuno, el almuerzo y la cena ... alguien cuenta algo, mire que hoy me fue de tal forma, mire que no sé qué, ... así le toque a uno criticar de alguien, pero ... hacer algo en familia” (Antonio, abril de 2025), además se genera espacio ante cambios en los hijos “Nos reunimos, yo tengo esa costumbre. Hay veces cuando hay uno de mis hijos, que está así cómo quedado, como que no se pellizca. (Antonio, abril de 2025) “y se charla” (Ana, abril 2025).

La pareja conversa sobre temas relacionados con los hijos, el hogar, el trabajo “Los dos estamos pendientes, hablamos con Antonio de los hijos. (Ana, abril 2025) “nosotros como pareja hablamos mucho de los hijos, de las cosas de la casa, del almacén también, a veces tenemos situaciones de pareja, problemas que no faltan; ella me ve molestos y espera, y luego hablamos” (Antonio, abril 2025). La comunicación entre la pareja abarca ideas y opiniones con un abordaje más funcional que emocional.

Por otro lado, los padres incluyen a los hijos en asuntos cotidianos del hogar, tales como responsabilidades laborales, cuidado del hogar, buscando fomentar la participación de los hijos “el asunto del trabajo, de las cosas que cuidar la casa, que hay que ir a trabajar, que

hay que hacer, lo normal en una vida de familia, estar todos participando” (Antonio, abril 2025).

La comunicación en este aspecto cumple una función organizativa, se mantiene en el plano convencional y funcional.

Ante la presencia de diferencias de opinión en el contexto familiar, la estrategia utilizada es el diálogo “nos sentamos y discutimos... ‘tal cosa me parece a mí’, que tal vaina o la arreglamos charlando, ella no es una persona que se enoje” (Antonio, abril 2025). No obstante, Antonio reconoce una tendencia a la rigidez y el perfeccionismo, lo cual podría afectar la circularidad del diálogo, al introducir patrones de control que limitan la flexibilidad relacional “Soy yo el que más me enoja. Y agarro, ‘no, pero es que tal vaina’ y todo lo quiero perfecto y todo quiero que sea bien. Soy muy rígido en eso.” (Antonio, abril 2025).

En relación con las emociones que comunican con más frecuencia en la familia son variables y responden a las circunstancias del día a día

“...de todas un poquito, porque cada día trae sus cosas, hay días en los que uno está alegre, otro en las que está triste, tratamos de mantenernos como en equilibrio, normalitos, lo que siento importante es que siempre hablamos de los nos pasa, les preguntamos a los muchachos” (Ana, abril 2025).

La comunicación de las emociones es superficial, sin mayor profundidad afectiva o vulnerabilidad emocional.

Las emociones que los padres expresan frente al diagnóstico de enfermedad mental de su hijo en un inicio fue el miedo en relación el proceso de atención hospitalaria “al comienzo nos daba miedo, porque nos decían que cada rato los metía a las clínicas durante un poco de meses” (Antonio, abril 2025). De la misma forma expresan un fuerte dolor frente a la situación del diagnóstico “...recién nos pasó, nos dio muy duro y lloramos harto tiempo...y decía, Virgen Santísima ¿pero, por qué a mí?, ¿por qué a nosotros? ...si este muchacho no hubiera tenido ese problema, estaría corriendo para España” (Antonio, abril 2025).

La forma de comunicarse en la familia permanece tras el diagnóstico de Julián aprovechando espacios como los horarios de comida para hablar sobre el día a día. La comunicación a nivel de la familia va desde lo superficial hasta hablar de ideas y opiniones, además tratan de hablar de sus emociones en relación a situaciones específicas, aunque con un abordaje más funcional, que de profundidad con los emocional.

Complementariedad y Simetría

La autoridad en la familia, los padres se ajustan mutuamente y perciben que tienen igual nivel de responsabilidad a nivel de la crianza, el hogar “los dos estamos en todo, nosotros hablamos mucho en relación de los muchachos y estamos pendientes (Antonio, abril 2025).

No obstante, el padre reconoce la presencia de la cultura machista en la dinámica familiar, lo cual se asocia a prácticas de género tradicionales en la distribución de funciones en el hogar “pues unos días atrás no teníamos, una muchacha aquí que nos ayudara ... Yo como papá, porque pues uno de hombre siempre el machismo, es complicado nos criaron así” (Antonio, abril 2025). En medio de esta situación emergente, padre hace un intento de reorganizar las actividades domésticas

“yo me puse en la tarea y le dije, su mamá llega cansada de trabajar, ella nos hace la comida, cada uno vamos a tener la responsabilidad de pararnos de la mesa, dejarla limpia, lavar el plato y ponerlo en su sitio, y un día barramos, ...” (Antonio, abril 2025)

Roles

En la familia las funciones en la familia son compartidas entre los padres, los dos crean acuerdos para la crianza de los hijos “Los dos estamos pendientes, hablamos con Antonio de los hijos (Ana, abril 2025). Los dos proveen para las necesidades de la familia “nosotros trabajamos en un negocio familiar, ahí trabajamos nosotros (la pareja), de ahí sale para los gastos de la casa y lo que se necesite “(Antonio, abril 2025).

Tras la situación del diagnóstico de enfermedad mental del hijo, se mantienen los roles al interior de la familia “pues nosotros hemos querido continuar una vida normal, mi señora y yo

nos apoyamos mucho en las cosas de la casa, el negocio, tratamos a todos muy normal, lo único es que tenemos un poco más de consideración con Julián” (Antonio, abril 2025).

Cohesión y Diferenciación

La familia comparte actividades dentro del hogar relacionadas con la alimentación, “desayuno, almuerzo y cena, estar muy pendientes de que estemos todos” (Antonio, abril 2025), ver algún programa televisivo o película “ver televisión... así sea una película que ... toque ver una película, tres o cuatro veces” (Antonio, abril 2025), jugar ajedrez “Que sentarnos los dos y jugar aquí Entonces hay veces tengo pereza y no quiero. Y yo juego ajedrez y el bendito muchacho ya me gana casi todo el tiempo. Aprendió a jugar mucho. (Antonio, abril 2025). Las actividades fuera del hogar están relacionadas con espacios de diversión y religiosos” Ir uno a paseo los domingos, ir uno a los martes, allá a hora de Santísimo, estar juntos y pedirle a mi Dios” (Antonio, abril 2025). Frente a las actividades compartidas dentro y fuera del hogar, se han mantenido sin cambios tras el diagnóstico de Julián.

Frente a la categoría de procesos de resiliencia familiar, se relacionan las categorías de segundo orden sistemas de creencias, patrones organizacionales y procesos comunicativos y códigos hallados.

Sistema de creencias

Dotar de Sentido la Adversidad

A partir de la entrevista, se observa una notable ausencia de reflexión por parte de la familia en torno a las posibles causas que dan origen al diagnóstico de enfermedad mental del hijo (Julián). Desplazando la atención hacia el personal de salud, a quienes se les delega la responsabilidad de comprender, manejar y resolver la situación. Al no cuestionar ni explorar el porqué del diagnóstico, la familia se mantiene en una posición pasiva.

Perspectiva Positiva

Tras la situación del diagnóstico de enfermedad mental del hijo, la familia ha atribuido a esta situación una serie de aspectos positivos relacionados con ser fuertes y perseverantes

siendo esta la fuerza que ayuda a salir adelante “lo vuelve uno más fuerte y a ellos más fuertes” (Antonio, abril 2025) , “perseverancia también “(Ana, abril 2025) lo cual la familia percibe en al medidas que “nos acercamos a ellos en todo esto, a ser juiciosos a tener disciplina, a no vencerse, a seguir, pues, mejor dicho y acostumbra a echar para adelante” . En el mismo sentido, la familia tiene la esperanza en el bienestar de Julián y de la familia “yo le digo mucho a mi señora. Y yo le digo, Eh, amor tenemos que estar tranquilos. Yo soy muy positivo, yo le digo a ella, soy muy positivo, en que él va a estar bien, que todos vamos a estar bien, y eso contagia a la persona.” (Antonio, abril 2025).

De igual forma, la familia considera situaciones negativas emergentes relacionadas con el proceso del diagnóstico y tratamiento

“...uno como papá sufre, se entristece de ver que un niño, pues tenía diecinueve años, y tener que estar sometido a tomar medicamentos, para estar nivelado... a uno como papá le duele mucho aceptar eso y acoplarse a ese cambio, porque fue un cambio brusco... Pero ya uno se acostumbra y coge el ritmo, ya entiende y sabe que eso es necesario. Una vez nos dio muy duro, recién él empezó en el proceso ya fuerte del cambio” (Ana, abril 2025).

En este mismo sentido Antonio resalta que a pesar de lo fuerte del proceso, ver resultados contribuye a mantener una actitud positiva “A medida que va pasando el tiempo, empieza a haber una evolución, que lo va tranquilizando a uno... se va dando cuenta que la cosa no es tan terrible, que la situación se puede llevar normal y al final se vuelve normal” (Antonio, abril 2025).

A pesar de que la familia reconoce aspectos positivos y negativos tras el diagnóstico de hijo, se centran en los elementos positivos y en la forma como se fueron creciendo a través de la situación, siendo la perspectiva positiva uno de los factores claves que han contribuido a la resiliencia familiar.

Trascendencia y Espiritualidad

La espiritualidad se centra en la religión y la fe, la cual ha sido una fuente de soporte para la familia en el proceso del diagnóstico de enfermedad mental del hijo “yo le pido mucho a mi Dios y la Virgencita Santísima, que nos, que él esté bien, y eso es mágico ... si usted lo cree se hace realidad” (Antonio, abril 2025).

Patrones Organizacionales

Flexibilidad

Tras el proceso de diagnóstico de enfermedad mental del hijo, la familia incluye rutinas relacionadas con los procesos de atención en salud mental “yo nunca iba a hospitales, porque mis hijos han sido alentados nosotros también, y luego cada mes, cada mes citas y corra, y que el medicamento... Pero ya uno como que se acostumbra y coge el ritmo” (Ana, abril 2025). La capacidad de cambio se relaciona en la familia con adaptarse a las circunstancias cambiantes con respecto a la situación del diagnóstico del hijo.

Conexión

Uno de los aspectos más valorados por la familia es la unión entre sus miembros “que somos muy unidos, eso es lo más importante, la familia” (Antonio, 2025). Percibiendo mayor cercanía tras el diagnóstico de enfermedad mental del hijo.

Frente a los cambios que se quisieran realizar en la familia, los padres discrepan frente a las posturas. Antónimo no quisiera realizar cambios “Si pudiera volver el tiempo y me pusieron a escoger, yo escogería exactamente lo mismo porque vivo contento, con el hogar que tengo, a Julián le ha ido muy bien”. Por otro lado, Ana quisiera poder cambiar la situación del diagnóstico de Julián “yo anhelaría que él fuese normal, que llegará a tener un hogar propio... porque él, él, me lo ha dicho en varias ocasiones, mamá, yo quiero tener una novia o una esposa y tener hijitos”.

Cuando hay problemas en con algunos de los miembros de la familia el diálogo es la forma de realizar acercamiento, “Entonces, claro, entonces lo reúno, o les digo de buena forma” (Antonio, 2025). Cuando se presenta un problema se espera a que disminuya la intensidad

emocional, para abordarlo posteriormente “. casi siempre como que permitimos, es que el que se enojó se calme y ya digamos tres horas después o al otro día ahí que ya uno, ahí se aborda y hablamos, no ¿Qué le pasó? ¿Por qué se puso así?” (Antonio, 2025).

La familia no tiene normas para la convivencia sino la construcción de hábitos que permitan la convivencia “No como esta regla, esta regla, muy claro ese término no lo hemos usado mucho, de pronto es como más, como de hábitos” (Ana,2025).

Recursos Sociales y Económicos

Aunque la familia nuclear se considera unida, mantiene límites permeables con la familia extensa, con los que interactúan frecuentemente y de quienes reciben apoyo “La familia de él son muy unidos y la mía, pues con mis hermanas somos muy Unidas porque ya nosotras no tenemos ni mamá ni papá” (Ana, abril 2025).

Frente a la red de amigo se describe como mínima, priorizando la unión con la familia extensa “no somos así, como muy compincheros más es como con la familia que uno comparte” (Ana, abril 2025).

Hablar con la familia extensa sobre el diagnóstico fue un proceso fuerte y del cual recibieron acompañamiento en la medida que notificaron la situación “Pues cuando pasó lo de Julián pues todo el mundo muy triste, y nos supieron cómo acompañar apoyar.” (Ana, abril 2025) ... “Sí, muy tenaz, pero entonces todos fueron muy comprensivos, sí, todos lo entendieron muy bien y lo comunicamos, la verdad, todos lo han entendido muy bien, han sido muy comprensivos, muy cariñosos, hemos sabido decirles la situación.” (Antonio, abril 2025).

Además, la familia identifica al personal sanitario como parte de la red de apoyo “yo también pienso que un éxito de Julián, es el acompañamiento que hemos tenido con el doctor” (Ana, abril 2025).

La economía en el hogar es compartida “nosotros trabajamos en un negocio familiar, ahí trabajamos nosotros (la pareja), de ahí sale para los gastos de la casa y lo que se necesite, siempre hemos querido incluir a los muchachos, Julián también trabaja ahí y él maneja su

plata. y pues como lo he dicho antes, nosotros hemos querido mantenernos en todas las cosas, sé que tenemos falencias, porque perfectos no somos, pero hemos querido mantener la normalidad” (Antonio, abril 2025)

Procesos Comunicativos

Claridad

Lo que más se aprecia de la comunicación en la familia es que Julián los une en relación con temas de conversación “La persona que más nos une a nosotros es Julián Él llega y cuenta que hoy me gané no sé cuántas partidas de ajedrez, todos ...compartimos, llegamos, hablamos. Hoy me pasó otra cosa, hoy me pasó tal otra” (Antonio, 2025).

La familia expresa satisfacción con la forma actual de comunicación “pues yo siento que así estamos bien, nosotros compartimos lo que pensamos, cuando tenemos problemas, pues no todo es perfecto, pero nos hablamos y nos decimos las cosas” (Antonio, 2025). Teniendo en cuenta que la comunicación en la familia es superficial y unilateral, en la que no se abordan temas sensibles, se pueden generar ambigüedad y barreras para la comprensión de los mensajes, lo que puede derivar en interpretaciones erróneas y dar lugar a la confusión, por la falta de claridad en los mensajes.

Expresión Emocional Sincera

La familia tiene una expresión emocional limitada, “él se enoja y dice cosas, yo apenas lo miro... yo soy más calmada y más callada, eso sirve para que el asunto no se crezca mas, como que se neutraliza y cuando ya está calmado. uno ya puede hablar.” (Ana, abril de 2025).

La expresión emocional es superficial, ya que no se comunican abiertamente los sentimientos ni se promueven espacios para la verbalización de emociones profundas.

Resolución de Problemas

Ante una situación que no se puede cambiar, la familia toma una postura activa frente a la situación

“no darse por vencido, no dejar que la persona se vaya a la deriva y acostumbrarse uno y decir,” bueno, ya esto no tiene remedio”, y siempre estar allí muy pendiente a escuchar... pues situaciones como la de Mateo, que tuvo una novia y él estuvo ahí muy pegado” (Antonio, 2025).

Sin embargo, la comunicación es superficial, no profundizan en ideas compartidas y/ o el sentir frente a la situación.

La información que se presenta a continuación proviene de la perspectiva específica del hijo (Julián) con diagnóstico de enfermedad mental.

La información de la entrevista semiestructurada realizada al hijo corresponde a una categoría de primer orden las cuales son Efectos del diagnóstico de la enfermedad mental teniendo en cuenta la Estructura y Dinámica familiar.

Estructura

Vínculos relacionales

Para el hijo tener diagnóstico de enfermedad mental ha significado problemas para pensar “Yo estaba buscando por Google, estos son problemas para pensar” (Julián, 2025), el tratamiento se considera como un medio para estar saludable” me siento más saludable. Pienso, mejor, estimulan la habilidad cognitiva” (Julián, abril 2025).

Frente al diagnóstico, Julián tuvo temor en relación con frente a los pensamientos y las relaciones interpersonales” tiene problemas para pensar y para relacionarse con los demás”. Por otro lado, la seguridad surgió relación con el tratamiento médico “Pues los medicamentos que me está dando, pues me estimulan la habilidad del aparato cognitivo...Me alegra porque cada vez que pasa el tiempo pienso mejor.” (Julián, 2025).

Julián percibe cambios tras el diagnóstico en la forma de relacionarse en la familia percibiendo con mayor unión y cercanía entre sus miembros “... mi hermana era más callada y últimamente habla más ... Antes almorzábamos y casi no hablaba, solamente hablaban mis papas...ya habla más mi hermano e Isa, sobre cosas chistosas, nos reímos” (Julián, abril 2025).

Territorialidad

El hijo refiere que con la familia comparten espacios tales como lugar de trabajo (negocio familiar), y al interior de la casa lugares relacionados con la alimentación, actividades de ocio como juego y ver películas “comparto mucho con todos, últimamente con mi hermana, en el almacén, o mi mamá... cuando vamos a cenar ... Miramos películas ...Me gusta el ajedrez, ... A veces juego con mi hermano, a veces juegos con mi papá” (Julián, abril 2025).

Frente al impacto del diagnóstico de la enfermedad mental en relación con la Dinámica se codificó de acuerdo a los cinco niveles de la comunicación, simetría y complementariedad, roles, reglas o normas, cohesión y diferenciación.

Dinámica

Comunicación

Cinco Niveles de la Comunicación.

El hijo siente que las emociones que más se expresan está relacionada con el sentido del humor de la familia “a veces que llegamos al medio día a almorzar y hoy nos reímos, hablamos de cosas chistosas y, pero también mucho me mucho negativismo por problemas” (Julián, abril de 2025) pero no refiere un sentir en particular, Además, al referirse a sus propias emociones, destaca la tranquilidad como la más frecuente “soy tranquilo, me divierto, me siento bien” (Julián, abril de 2025).

Para Julián hablar del diagnóstico en la familia gira en torno a la toma de los medicamentos y los controles “pues no mucho, ellos están más bien pendientes de las pastas y de los controles” (Julián, abril de 2025).

La comunicación en Julián se caracteriza por un estilo convencional y superficial, centrado en temas cotidianos y funcionales, y es limitada a la hora de profundizar en aspectos emocionales.

Cohesión y Diferenciación

El aspecto que más resalta Julián de la familia son los espacios compartidos “recochar es divertirse ...hablar de cosas y reírse...a veces nos alegramos hablando de cosas de cosas que pasan chistosa y ya” (Julián, 2025).

Frente a los cambios en la familia Julián quisiera que se hablar un poco más de los que se hace, al igual que se hablara un poco más de su proceso de aprendizaje “interactuar más de lo que uno hace, del conocimiento de la universidad, como hoy aprendí a hacer esto en la universidad” (Julián, abril de 2025).

En la familia de Julián se encontró que, tras el diagnóstico de enfermedad mental del hijo buscan preservar la estructura y la dinámica familiar previo a este. Estructuralmente, son una familia con límites claros, los padres comparten responsabilidades frente a la crianza de los hijos, lo cual se preserva tras el diagnóstico. En relación con la dinámica, la comunicación tiene elementos superficiales, pero también se permiten hablar en relación con ideas y opiniones. Frente a la resolución de conflictos se busca indagar y acompañar en relación con la situación emergente. Tras el diagnóstico del hijo la familia siente que los han vuelto más fuertes y perseverantes.

Desde la perspectiva de la familia y del hijo, en relación con los efectos del diagnóstico de una enfermedad mental, la emoción sentida por la familia y el hijo es el miedo. Sin embargo, tras esta situación la familia se esfuerza por mantener los vínculos y la unión familiar, preservando la estructura relacional previa. Esta percepción es congruente con la perspectiva del hijo, quien siente a la familia más unida.

A nivel de las emociones los padres sienten que son cambiantes, y que van de acuerdo a las circunstancias del día a día. En contraste, el hijo identifica como emoción predominante dentro de la familia el sentido del humor, mientras que en su experiencia personal destaca la tranquilidad como la emoción que más frecuentemente expresa.

El elemento que más resaltan los padres de familia es la unión, en relación con el hijo que disfruta del tiempo compartido y el sentido del humor.

En relación con los aspectos a mejorar, hay diversos puntos de vista, el padre no quisiera generar cambios y se siente a gusto con su familia, la madre quisiera cambiar la situación del diagnóstico del hijo y el hijo quisiera que se hablara un poco más sobre él.

Frente a los procesos de resiliencia familiar, el aspecto más relevante gira en relación con el sistema de creencias, en relación con la iniciativa positiva, la perseverancia y el optimismo son elementos que han ayudado a la familia a transitar por la situación del diagnóstico de enfermedad mental del hijo.

A partir de los resultados obtenidos, se evidencia la necesidad de fortalecer la comunicación dentro del sistema familiar, fortaleciendo espacios para la expresión emocional. Asimismo, incursionar nuevas actividades que sean concertadas, en las cuales se puedan vincular los diferentes miembros de la familia.

En relación con el tercer objetivo se encontraron aspectos comunes y diferenciales frente a los procesos de resiliencia familiar de los participantes relacionados a continuación.

Frente al *sistema de creencias*, en la familia de Leo y Julián muestra una ausencia de reflexión profunda frente a las posibles causas del diagnóstico de enfermedad mental del hijo. En contraste, a la familia de Sofía, la cual tiene cierta apertura, en relación con el cambio de trabajo de la madre e identificar la dificultad de los hijos para expresar sus emociones, sin embargo, estas situaciones no van acompañada de un cuestionamiento explícito sobre las dinámicas familiares o los factores que podrían haber dado origen al diagnóstico de Sofía.

La perspectiva positiva en la familia de Leo y Sofía, están basadas en el optimismo, sin embargo, no es un factor determinante. A diferencia de la familia de Julián en la cual, con ser fuertes y perseverantes, la cual otorga la fuerza para atravesar la situación del diagnóstico de hijo.

La trascendencia y espiritualidad en las familias convergen con la creencia en Dios como un ser que escucha, apoya y fortalece frente al proceso de diagnóstico del hijo. Siendo este un elemento relevante en la familia de Leo, en la cual la espiritualidad desde lo religioso basada en el catolicismo y rituales de su fe, favorecen la creencia de que pueden superar los desafíos.

En relación con los patrones organizacionales, frente a la flexibilidad las familias de Leo y Julián están centradas en mantener en lo posible la estructura previa al diagnóstico de enfermedad mental del hijo, en diferencia con la familia de Sofía en la cual la actitud al cambio es un factor relevante frente a la situación de diagnóstico de la hija. En cuanto a la Conexión, es el factor más relevante a nivel de las familias considerando que tras el diagnóstico de enfermedad mental del hijo (a) se encuentran más unidos. En relación con *los recursos sociales y económicos* las familias sienten apoyo de la familia extensa, además, en la familia de Sofía se ha tejido una red de apoyo de amigos e institucional buscando tener más puntos de apoyo frente al acompañamiento de la hija. En la familia de Sofía y Julián, vinculan y resaltan el rol del personal sanitario como parte de la red de apoyo.

Frente a los Procesos comunicativos, los mensajes no son claros dado que la comunicación es superficial, lo cual puede dar lugar a la confusión. Además, no se abordan temas sensibles ni se expresan afectos o necesidades emocionales con claridad. En relación con la expresión emocional sincera, es limitada, debido a que no se comunican abiertamente los sentimientos ni se promueven espacios para la verbalización de emociones profundas. Finalmente, en lo relacionado con resolución de problemas, la familia de Leo y Sofía tienen una postura pasiva y de evitar el conflicto, en diferencia a la familia de Julián quienes tienen una postura activa, sin embargo, no profundizan en ideas compartidas y/ o el sentir frente a la situación.

Discusión

El objetivo de este estudio fue reconocer los procesos resilientes ante el diagnóstico de enfermedad mental de uno de los hijos. Este se abordó teniendo en cuenta el impacto de la enfermedad mental, y los procesos fundamentales de la resiliencia familiar.

Frente a los efectos de la enfermedad mental en la familia, los padres e hijos participantes convergen que tras la situación del diagnóstico sintieron miedo, lo cual concordante con lo encontrado por Baruch et al., (2018) donde los participantes experimentaron miedo cuando el familiar se enfermó por primera vez. No obstante, esta emoción no paralizó al sistema familiar ni generó una respuesta de retraimiento, impulsó acciones que fortalecieron los vínculos y promovieron mayor cercanía entre sus miembros. Las familias buscaron preservar sus dinámicas previas, lo que coincide con Acero et al. (2016), al destacar el esfuerzo por mantener roles y rutinas, y con Peral et al. (2024), quienes señalan la búsqueda de estabilidad como estrategia adaptativa. En este sentido tanto padres como hijos participantes, resaltan como atributo principal de sus familias la unión.

Sin embargo, la comunicación en la familia tanto en padres y los hijos se caracteriza por ser principalmente convencional donde se abordan temas cotidianos, pero es limitada a la hora de hablar o expresar emociones complejas, siendo un tema que se recomienda fortalecer.

El análisis que se presenta a continuación sigue el esquema de similitudes y diferencias fundamentales, de los procesos de resiliencia familiar en relación con los hallazgos y compararlos a la luz de otras investigaciones.

De acuerdo a los postulados de Walsh (2012), el sistema de creencias es cuerpo y el alma de la resiliencia familiar "*lidiamos con la crisis y la adversidad dando sentido a nuestra experiencia*" (Walsh, 2012). Lo cual contrasta con los hallazgos encontrados en la investigación, en el cual para las familias participantes es poco relevante entender las razones que explican y/o dotan de sentido la experiencia que están atravesando, dado que su atención

está centrada en fortalecer los vínculos familiares como factor de protección y como factor de resiliencia frente a la situación de diagnóstico de enfermedad mental del hijo.

En relación con la perspectiva positiva, en las familias ante la situación del diagnóstico del hijo resaltan más en los aspectos positivos que en los negativos, lo cual guarda relación con lo planteado por Walsh, F (2012), quien asocia la crisis como un desafío, que es afrontado de manera activa, enfocando las energías en superarlo y permitiendo, como resultado, salir fortalecidos de la experiencia. Además, guarda relación con los hallazgos de Ruiz et al., (2021) donde se reportaron creencias que hubieran ayudado en la resiliencia, como la importancia de mantener la persistencia y perseverancia (Ruiz et al., 2021).

Así mismos, las creencias religiosas cobran un gran sentido en los padres, sintiendo que hay una cercanía con Dios, que escucha, fortalece y ayuda frente al proceso del hijo, a diferencia de lo encontrado por Sari y Duman (2024) y Kusumawaty et al., (2021) donde se consideraba la situación del diagnóstico como una prueba de Dios, y, además, era algo que les daba significado a sus vidas. Este contraste muestra una marcada diferencia en la forma como se vive este recurso resiliente, para las familias, Dios es importante en sus vidas y ayuda a transitar por la crisis.

En relación con los patrones organizacionales, las familias participantes buscan mantener la estructura y la dinámica familiar previa al diagnóstico, a pesar de que en el caso de la familia de Sofía la madre hace cambio del lugar de trabajo la estructura familiar se mantiene. Guardando relación con los resultados de Peral et al., (2024) en el cual los progenitores se esforzaron por mantener los roles y tradiciones familiares, buscando mantener la estabilidad y la normalidad.

Sin embargo, al interior de las familias hay un modelo tradicional marcado, que hace que las relaciones de cada una de las familias se evidencie un modelo patriarcal que se ve reflejado en la distribución de los roles y comunicación muy funcional y que es naturalizada por sus integrantes. Esta configuración puede limitar la capacidad de cambio, un factor esencial

para enfrentar los desafíos y crisis (Walsh, 2012). Por tanto, al hacer un análisis de la situación del hijo (a) y para poder generar cambios dentro del sistema familiar, es necesario revisar patrones socioculturales, dado que cada familia está inmersa en un entorno sociocultural, tal como lo postula Bronfenbrenner en su modelo ecológico.

El aspecto más relevante y común encontrado en las familias estuvo ligada con la conexión. Evidenciando que las familias ante la crisis del diagnóstico de enfermedad mental del hijo activan como mecanismo principal la unidad familiar, buscando blindarse ante los cambios que la crisis pueda generar, queriendo preservar un ambiente cotidiano. En este sentido, percibir una base familiar unida, sólida, contribuye a hacer frente a la situación. Lo cual tiene concordancia con los hallazgos del estudio de Liu et al., (2022) en el cual, tras el diagnóstico de enfermedad mental, tanto los padres como los hijos, perciben que se ha mejorado la relación familiar, en relación a una mayor unión y cercanía de los miembros, incluso generando en aquellos que ya no vivían en el hogar el deseo de regresar, motivados por el sentimiento de cohesión.

Adicionalmente para los padres, hablar con la familia extensa sobre el diagnóstico de su hijo fue una experiencia dolorosa; sin embargo, al hacerlo, han recibido acompañamiento y apoyo en relación con lo emocional, lo económico y además la relación de la familia extensa con el hijo que tiene diagnóstico de enfermedad mental es cercana. Lo cual contrasta con lo encontrado por Power et al. (2016), quienes señalaron que casi todos los participantes describieron una profunda reticencia en sus familias a hablar sobre la enfermedad mental del padre, lo cual generó temor, confusión. Como también difiere con los hallazgos de Acero et al. (2016), quienes reportaron que los familiares experimentaron secretismo, aislamiento y soledad tras el diagnóstico de una enfermedad mental. El mantener en secreto la situación del diagnóstico del hijo genera miedo y retención de los recursos resilientes, en la medida que se cierran las fronteras a redes externas de apoyo, dando la sensación de que están solos en el proceso. Por tanto, tener apertura a comunicar la situación presente es un factor importante

que sirve de puente para que otros miembros del sistema familiar extenso se vinculen y generen apoyo ante la situación.

Frente a la situación del diagnóstico del hijo, las familias participantes parten del recurso que tienen más potencializado, como lo es la unión familiar. La cual tras la situación del diagnóstico se fortaleció a nivel intrafamiliar e interfamiliar, convirtiéndose en el principal pilar de apoyo para atravesar la situación del diagnóstico del hijo (a).

Por otro lado, las familias participantes en la investigación reconocen al personal sanitario como parte de la red de apoyo, dado que orientan frente al diagnóstico y situaciones emergentes. Lo cual se relaciona con lo postulado por Minuchin (1986) donde plantea que el terapeuta que trabaja con la con el paciente o la familia, su conducta influye en ese contexto, en este caso la relación es cercana e influye hacia procesos de adherencia terapéutica y acompañamiento. En contraste con Zhang et al. (2023), donde los padres mostraron escepticismo inicial por creencias erróneas sobre la depresión adolescente y falta de información. Además, difiere del hallazgo de Baruch et al., (2018) en cual las familias identificaron como barrera que los profesionales no fomentaban la participación o podrían ser despectivos frente a sus preocupaciones.

Frente a los procesos comunicativos, hay poca claridad en los mensajes lo cual puede dar lugar a la ambigüedad y a la comprensión errónea de los mismo y la expresión emocional es limitada dejando de lado la expresión de un rango amplio de emociones, especialmente aquellas que para cada familia resultan difíciles de asumir y expresar. A pesar de esto, la comunicación no es percibido como un problema por las familias participantes, lo cual, ante la situación del diagnóstico de enfermedad mental del hijo, pudiera ser la manifestación del síntoma del problema de comunicación de emociones de la familia. Estos hallazgos difieren de los de Perak et al., (2024), Zhu et al., (2024), Heuse et al., (2024) y Suparit et al., (2023), quienes destacan que la comunicación abierta, hablar de las emociones, fue un factor importante en los procesos de resiliencia familiar. Así mismo, Zerbetto et al., (2017), en un

estudio con terapeutas, subrayan la relevancia de las habilidades comunicativas dentro del sistema familiar para afrontar situaciones de enfermedad. Adicionalmente, Walsh, F (2012) resalta la importancia de la comunicación clara, abierta y sincera de la familia, donde los miembros dicen lo que quieren decir y quieren decir lo que dicen, fortaleciendo de esta forma los procesos de resiliencia familiar, debido a que se fortalece la capacidad de los miembros para expresar sus necesidades y preocupaciones, responder a ellas y negociar los cambios sistémicos que surgen, especialmente en situaciones críticas. Por tanto, si no se gestionan recursos adicionales o cambios a nivel de la comunicación al interior de las familias podrían acarrear futuras crisis.

Frente a la resolución colaborativa de problemas, dos de las familias actúan de forma aislada y con una actitud pasiva evitando el conflicto, y solo en una familia (familia de Julián) hay actitud hacia la resolución del problema, pero no se percibe que se vinculen los miembros del sistema familiar en mayor medida. Lo cual difiere de los hallazgos de Zhu et al., Suparit et al (2023) y Heuse et al., (2024) quienes resaltan la importancia de recibir apoyo para la resolución de problemas y la toma de decisiones, como parte del proceso de adaptación. Desde los postulados de Walsh, F (2012), la resolución cooperativa de problemas es un factor importante de los procesos de resiliencia familiar, dado que las familias resilientes se caracterizan por su capacidad de manejar adecuadamente los conflictos. Esto implica tolerar las discrepancias y tener actitud de resolución de problemas. En todo proceso deben abordarse los aspectos prácticos como los emocionales, lo que requiere que los miembros de la familia aprendan a hablar y escuchar al otro con comprensión y compasión. Lo cual podría representar un reto en las familias del estudio debido a que tiene una comunicación principalmente superficial, donde hablar de las emociones y de situaciones complejas.

Cada familia, desde su historia y contexto, construye procesos y recursos resilientes propios, que pueden coincidir o no con los de otras. Por ello, el trabajo con familias de personas con diagnóstico de enfermedad mental debe partir del reconocimiento de sus

fortalezas, orientando la intervención hacia un acompañamiento individualizado que valore sus recursos existentes y promueva su desarrollo.

Limitaciones y recomendaciones

Este estudio tuvo algunas limitaciones, como lo fue encontrar las familias participantes, dado que en la sociedad actual se ha cambiado la forma de estructurar la familia, hay personas que tienen diagnóstico de enfermedad mental y viven en una familia monoparental, familias reconstituidas.

Se requirió hacer esfuerzos para poder focalizar las familias que tuvieran un hijo con diagnóstico de enfermedad mental teniendo en cuenta los criterios de inclusión, sin embargo, se logró contar con la población participante propuesta.

Frente a las entrevistas se contó con la participación principalmente de las madres, solo en un caso la fuente de información fue la pareja

Se recomienda que futuras investigaciones amplíen la muestra, incluyan a todas las figuras parentales y, de ser posible, a otros miembros como los hermanos, con el fin de profundizar en los recursos resilientes que las familias utilizan frente al diagnóstico de enfermedad mental.

A los profesionales que trabajan en el área de atención en salud mental, se recomienda abordar a cada familia desde su propia historia y cultura, reconociendo las potencialidades y aspectos a mejorar que tienen cada una, con el fin de realizar procesos encaminados a las necesidades que pueda presentar cada sistema familiar y potencializando sus recursos.

Frente a los procesos de intervención familiar se recomienda a los profesionales que trabajan en instituciones de salud mental, vincular a las dos figuras parentales (en caso que se pueda) de las personas que se acerquen a la institución con el fin de recibir atención en salud mental, independiente del servicio por el cual se realice la solicitud.

Sería importante que en las intervenciones se puedan adoptar conceptos y postulados de Froma Walsh (2012), quien brinda dentro de sus postulados procesos fundamentales para el

desarrollo de la resiliencia familiar como lo son el sistema de creencias, los patrones organizacionales y los procesos comunicativos. Además, dentro de los procesos de intervención familiar Walsh (2012) sugiere un abordaje desde la perspectiva sistémica dado que la familia es un aliado en el tratamiento y los objetivos de intervención están orientados a la reducción del estrés familiar y fortalecer los mecanismos de protección de las familias (Walsh, 2012). Estos procesos deben estar orientados desde un enfoque biopsicosocial, buscando conectar a los individuos y sus familias con su entorno (Walsh, 2012), lo cual guarda relación con lo propuesto por Bronfenbrenner y la ley 2460 que orienta el actuar de los equipos de salud mental desde el enfoque biopsicosocial.

Sin embargo, se hace importante tener en cuenta las particularidades de cada familia, debido a que cada una vive la situación del diagnóstico de enfermedad mental de uno de sus miembros desde su propia historia y entorno social.

Asimismo, durante el proceso de intervención, resulta esencial identificar el nivel de comunicación presente en el interior del sistema familiar. Esto permitirá fortalecer y/o desarrollar habilidades comunicativas que faciliten la expresión emocional y el abordaje de temas complejos, que tal vez no han sido tratados adecuadamente y podrían estar generando malestar. En este sentido, también cobra especial relevancia la promoción de la resolución cooperativa de problemas, como una estrategia clave para afrontar de manera conjunta los desafíos asociados al diagnóstico.

Igualmente, se considera conveniente e, incluso, necesario, realizar talleres con los equipos en salud mental para ayudarles a reconocer cómo sus intervenciones en las familias y personas con diagnóstico de enfermedad mental pueden contribuir a una mayor apertura y colaboración en el proceso terapéutico, lo cual a su vez puede promover el fortalecimiento de los procesos resilientes en cada una de las familias.

Con las familias participantes en el proceso de investigación, se recomienda realizar un taller reconociendo las fortalezas y aspectos a fortalecer como lo son la comunicación a profundidad y emocional, y la resolución colaborativa de conflictos y diferencias.

A nivel del hospital público se recomienda potencializar las acciones dirigidas a las familias que tienen un miembro diagnosticado con enfermedad mental, en relación con talleres de ayuda a las familias sobre los factores del funcionamiento familiar, que se encuentran detrás de la aparición de la enfermedad mental, para que las familias identifiquen actitudes y reflexionen sobre lo que pasa, y de esta manera puedan asumir, cada vez más, una posición proactiva y resiliente frente a la adversidad que están viviendo. En la misma medida, se hace necesario fortalecer recursos protectores y facilitadores de la resiliencia en las familias que tienen un miembro con diagnóstico de enfermedad mental como en las que no.

Adicionalmente, se plantea la pertinencia de Socializar los resultados en las diferentes instituciones donde se atienden a personas con diagnóstico de enfermedad mental, con el fin que se pueda trabajar en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Conclusiones

Tras el diagnóstico de enfermedad mental las familias buscan mantener su estructura y dinámica de la forma como funcionaban previas al diagnóstico, queriendo preservar el ambiente cotidiano. Tanto los padres como los hijos perciben que el diagnóstico de enfermedad mental ha generado unión en la familia, de esta forma de blindarse ante la crisis.

Frente a esta situación, las familias tienden a mantener la estructura y las rutinas previas al diagnóstico, buscando preservar la normalidad en el entorno cotidiano. Esta necesidad de continuidad opera como una estrategia para hacer frente al proceso de diagnóstico.

Tanto los padres como los hijos perciben que el diagnóstico ha propiciado una mayor unión familiar. Lo cual funciona como un mecanismo de protección, fortaleciendo los vínculos afectivos y facilitando un afrontamiento conjunto de la situación del diagnóstico, percibiendo como un factor positivo en medio del proceso. Sin embargo, al interior de la familia existe una comunicación convencional y no hay profundidad en las emociones, lo cual podría suscitar crisis a futuro

Los procesos resilientes familiares frente al diagnóstico de enfermedad mental del hijo se manifestaron de forma particular en cada sistema familiar. En relación con el sistema de creencias, aunque las familias no profundizaron en la búsqueda de causas del diagnóstico, adoptaron una actitud positiva y centrada en los aspectos favorables que el proceso ha traído consigo. En dos de las familias (familia de Leo y Juliana) la espiritualidad centrada en la religión cobra relevancia, desde la perspectiva de un Dios contenedor y que fortalece en los momentos de dificultad.

En cuanto a las dinámicas organizacionales, se evidenció la intención de mantener la conexión del núcleo familiar, junto con una activa participación de la familia extensa, que ofreció soporte emocional y, en un caso económico (familia de Sofía). Además, dos de las

familias reconocen al personal de salud como parte de la red de apoyo, mostrando la importancia del acceso y vínculo con recursos externos para fortalecer el afrontamiento familiar.

Sin embargo, los procesos comunicacionales mostraron limitaciones en la claridad de los mensajes, la expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de problemas. Lo cual representa importante poder trabajar en las familias para poder fortalecer los procesos de resiliencia familiar

Para las familias de la presente investigación, fue más relevante el fortalecimiento de los vínculos familiares, como factor de protección y proceso resiliente frente a la situación de diagnóstico de enfermedad mental de uno de sus hijos, que entender las razones que explican y/o dotan de sentido la experiencia que están atravesando.

Cada familia vive la resiliencia desde su propia historia y entorno social, lo cual hace de cada sistema familiar sea único. A pesar de que existan recursos resilientes similares utilizados, cada familia le da su significado y/o uso diferente frente a la situación que genere la crisis, en este caso la situación de diagnóstico de enfermedad mental de un hijo (a). La unión familiar se destacó como el principal pilar de apoyo en la mayoría de los casos. No obstante, también emergieron otros factores resilientes con predominio particular según las características de cada familia. Como factores centrados en el componente de la espiritualidad (familia de Leo), la capacidad de cambio (familia de Sofía), y la perseverancia y la actitud positiva (familia de Julián).

Bibliografía

- Acero González, Á. R., Cano-Prous, A., & Canga, A. (2016). Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: Un estudio cualitativo en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 203–212.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200003&lng=es&tlng=es
- Acevedo Velasco, V. E., & Mondragón Ochoa, H. (2006). *Construcción de fortalezas tempranas: Resiliencia en la escuela*. Sello Editorial Javeriano.
- Ackerman, N. W. (1961). *Prejudice, mental health and family life*. Institute of Human Relations, American Jewish Committee. <https://eric.ed.gov/?id=ED029079>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Aprendamos Juntos. (2018, 10 de diciembre). *Versión completa. Resiliencia: El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional*. Boris Cyrulnik [Video]. YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=lugzPwpsyY&ab_channel=AprendamosJuntos203
- Aivalioti, I., & Pezirkianidis, C. (2020). The role of family resilience on parental well-being and resilience levels. *Psychology*, 11, 1705–1728.
<https://doi.org/10.4236/psych.2020.1111108>
- Balcázar-Rincón, L. E., Ramírez-Alcántara, Y. L., & Rodríguez-Alonso, M. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 20(2), 135–143.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345917003>
- Baruch, E., Pistrang, N., & Barker, C. (2018). “Entre la espada y la pared”: Experiencias de los miembros de la familia al apoyar a un familiar con trastorno bipolar. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 1123–1131. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1560-8>

- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 24(3), 707–718.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700027860>
- Benítez-Corona, L., Martínez-Rodríguez, R. C., & Tartakowsky Pezoa, V. (2021). La importancia del vínculo en la resiliencia familiar durante el Covid-19. *DEDICA. Revista de Educação e Humanidades*, 18, 173–191. <http://dx.doi.org/10.30827/dreh.vi18.18015>
- Bienestar, cultura y sociedad (BITACUS). (s.f.).
<https://scienti.minciencias.gov.co/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nro=00000000003933>
- Bishop, M., & Greeff, A. P. (2015). Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 22(7), 463-471. <https://doi.org/10.1111/jpm.12230>
- Bravo, A. H., & López, P. J. (2016). *Revista de Investigación en Psicología*.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v18i2.12089>
- Bravo-Andrade, H., López-Peñaloza, J., Ruvalcaba-Romero, N., & Orozco-Solís, M. (2019). Factores familiares de riesgo y protección ante el suicidio en adolescentes. Una aproximación cualitativa desde el modelo de resiliencia familiar. *Cultura, Educación y Sociedad*, 10(1), 25–41. <http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.10.1.2019.02>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
(Trad. cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1987).
- Chettiar, C., & Ravi, T. (2023, junio 30). *Relationship between family resilience, severity of depression and self-esteem in adults with major depressive disorder*.
<https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4493055>
- Chew, J., Carpenter, J., & Haase, A. M. (2018). Young people's experiences of living with epilepsy: The significance of family resilience. *Social Work in Health Care*, 57(5), 332–354. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1443195>

Consejería de Salud y Servicios Sociales. (2003). *Programa de trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar. La intervención familiar en los servicios sociales comunitarios*. Dirección General de Servicios Sociales de La Rioja.

Congreso de Colombia. (2025, junio 16). *Ley 2460 de 2025: Por medio del cual se modifica la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental*.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=260636>

Confederación salud mental España (sf). *Salud mental en cifras*.

[https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-](https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#:~:text=En%20el%20mundo,-)

[cifras/#:~:text=En%20el%20mundo,-](https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#:~:text=En%20el%20mundo,-)

[%20Datos%20ofrecidos%20por&text=Los%20problemas%20de%20salud%20mental,e n%20el%20mundo%20en%202030.&text=personas%20tendr%C3%A1n%20un%20trast orno%20mental%20a%20lo%20largo%20de%20su%20vida.&text=de%20todos%20los %20problemas%20de,c%C3%A1ncer%20y%20los%20problemas%20cardiovasculares. &text=de%20la%20poblaci%C3%B3n%20mundial%20desarrollar%C3%A1,lo%20largo %20de%20su%20vida.&text=de%20los%20problemas%20de%20salud,75%25%20ante s%20de%20los%2018.&text=no%20reciben%20ning%C3%BA%20tratamiento%20o% 20no%20es%20el%20adecuado.&text=de%20personas%20en%20todo%20el,que%20d ificulta%20gravemente%20su%20vida.&text=de%20personas%20en%20el%20mundo,4 %25%20entre%202005%20y%202015.&text=personas%20se%20suicidan%20cada%2 0a%C3%B1o,de%2015%20a%2029%20a%C3%B1os](https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#:~:text=En%20el%20mundo,-)

Cuenya, L., & Ruetti, E. (2010). Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 271–277. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80415435009.pdf>

- Ellis, A. J., Portnoff, L. C., Axelson, D. A., Kowatch, R. A., Walshaw, P., & Miklowitz, D. J. (2014). Parental expressed emotion and suicidal ideation in adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, *216*(2), 213–216.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.013>
- Estrada-Mesa, Á. M. (2010). Recursos crítico-interpretativos para la psicología social. *Revista Colombiana de Psicología*, *19*(2), 261–270.
- Función Pública. (2006, 6 de septiembre). *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6620>
- Gradillas, V. (1998). *La familia del enfermo mental. La otra cara de la Psiquiatría*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A. <https://books.google.com.pe/books?id=zHsU35mr-VEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Herrera Santí, P. M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *13*(6), 591–595.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013&lng=es&tlng=es.
- Heuser, C., Schneider, J. N., Heier, L., Ernstmann, N., Nakata, H., Petermann-Meyer, A., Bremen, R., Karger, A., Icks, A., Brümmendorf, T. H., & Geiser, F. (2024). Family resilience of families with parental cancer and minor children: A qualitative analysis. *Frontiers in Psychology*, *14*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1251049>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Izcara Palacios, S. P. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. México: Fontamara.
- Jaramillo-Moreno, R. A. (2018).

Resiliencia familiar, comprensión, campos de aplicación, aportes y desafíos. *Diversitas:*

Perspectivas en Psicología, 13(2), 255–266. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.09>

Kusumawaty, I., Yunike, Jawiah, & Rehana. (2021). Family resilience in caring for drug addiction. *Gaceta Sanitaria*, 35(Suppl 2), S491–S494.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.079>

Li, Y., Qiao, Y., Luan, X., Li, S., & Wang, K. (2019). Resiliencia familiar y bienestar psicológico entre sobrevivientes de cáncer de mama chinos y sus cuidadores. *European Journal of Cancer Care*, 28, e12984. <https://doi.org/10.1111/ecc.12984>

Liu, S. H., Hsiao, F. H., Chen, S. C., Shiau, S. J., & Hsieh, M. H. (2022). The experiences of family resilience from the view of the adult children of parents with bipolar disorder in Chinese society. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 176–186.

<https://doi.org/10.1111/jan.15008>

Lopez, D. (2017). De la familia sistémica a la familia global: Apuntes sobre la familia y sus dinámicas desde el enfoque sistémico y la sociología de la globalización. *Revista Lumen Gentium*, 1(2), 35–46.

McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The Family Stress Process: The Double ABCX Model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(1-2), 7–37. https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02

Minuchin, S. (1986). Familias y terapia familiar. México: Gedisa.

[https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=5CsIBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=Minuchin,+S.+\(1986\).+Familias+y+terapia+familiar.+M%C3%A9xico:+Gedisa.&ots=CmIDCgCEay&sig=GejTLtqWMIOETXsGQRmM7apjprg](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=5CsIBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=Minuchin,+S.+(1986).+Familias+y+terapia+familiar.+M%C3%A9xico:+Gedisa.&ots=CmIDCgCEay&sig=GejTLtqWMIOETXsGQRmM7apjprg)

Ministerio de salud y protección social. (1993, 4 de octubre). *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2023, 11 octubre). *Boletín de Prensa No 231 de 2023*.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/66-porciento-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-algun-problema-de-salud-mental.aspx>

Nascimento, K. C., Kolhs, M., Mella, S., Berra, E., Olschowsky, A., & Guimarães, A. N. (2015).

El desafío familiar en el cuidado de personas con trastorno mental. *Journal of Nursing UFPE Online*, 10, 940–948.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022, 2 de marzo). *Salud mental y COVID-19: Datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*.

https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022, 8 de junio). *Trastornos mentales*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Perak, K., McDonald, F. E. J., Conti, J., Yao, Y. S., & Ross, X. S. (2024). Family adjustment and resilience after a parental cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 32(7).

<https://doi.org/10.1007/s00520-024-08608-x>

Powell, J. (1987). *¿Por qué temo decirte quién soy? Sobre autoconocimiento, maduración personal y comunicación interpersonal*. Sal Terrae.

Power, J., Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A., O'Hanlon, B., Cuff, R., & Perlesz, A. (2016).

Family resilience in families where a parent has a mental illness. *Journal of Social Work*, 16(1), 66–82. <https://doi.org/10.1177/1468017314568081>

Ponce, A. L. (2018). Estudio de caso múltiple: Una estrategia de investigación en el ámbito de la administración. *Publicando*, 5(15-2), 21–34.

Ragin, C. (2011). *Constructing social research: The unity and diversity of method*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Rodríguez de Ávila, U. E., Munera Deluque, K. M., Hernández Vargas, B., & Luengas Durán, A. P. (2023). Funcionamiento familiar, salud mental, ansiedad, autoestima y calidad de vida en familias en situación de vulnerabilidad de una ciudad del Caribe colombiano. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 17(1), 13–24.
<https://doi.org/10.21500/19002386.6178>
- Ruiz, B. O., Zerbetto, S. R., Galera, S. A. F., Fontanella, B. J. B., De Souza Gonçalves, A. M., & Protti-Zanatta, S. T. (2021). Resiliencia familiar: Percepción de familiares de dependientes de sustancias psicoactivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3816.3449>
- Sánchez, L. (2001). Evaluación y trazado de la estructura de la familia. En *Evaluación del conflicto conyugal. Una guía para principiantes*. Universidad del Valle.
- Sari, A., & Duman, Z. Ç. (2024). Family resilience experiences of individuals with schizophrenia-family caregivers dyads: Qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00, 1–13. <https://doi.org/10.1111/jpm.13091>
- Sell, M., Daubmann, A., Zapf, H., Adema, B., Busmann, M., Stiawa, M., Winter, S. M., Lambert, M., Wegscheider, K., & Wiegand-Grefe, S. (2021). Family Functioning in Families Affected by Parental Mental Illness: Parent, Child, and Clinician Ratings. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(15), 7985.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18157985>
- Shimange, M. E., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. H., & Ntshingila, N. (2022). *Lived experiences of family members caring for a relative with mental illness*. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 16, 100408.
<https://doi.org/10.1016/J.IJANS.2022.100408>
- Solano, M. I., & Vasquez, S. (2014). Familia, en la salud y en la enfermedad. . . mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.05.001>

- Suparit, S., Sakunpong, N., & Junprasert, T. (2023). Family resilience processes among guardians caring for children and youths with leukemia. *Heliyon*, 9(6), e17205.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e17205>
- Ungar M. Varied Patterns of Family Resilience in Challenging Contexts. *J Marital Fam Ther.* 2016 Jan;42(1):19-31. doi: [10.1111/jmft.12124](https://doi.org/10.1111/jmft.12124). Epub 2015 Apr 10. PMID: 25864565.
- Uribe Figueroa, Ana M. (2020). *La familia del paciente en enfermedad crónica*. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud (pp. 112-134). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.
<https://doi.org/10.35985/9789585522824.4>
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 15(2), 157–165.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1976.tb00021.x>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Los estudios de casos en investigación sociológica*. Estrategias de investigación cualitativa (Primera edición.). Editorial Gedisa.
- Walsh, F. (1998). El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío. En *Sistemas familiares*, año 14 (1).
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process*, 42(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>
- Walsh, F. (2012). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento* (2da Ed). Buenos Aires: Amorrortu.
- Walsh, F. (2016). *Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible*. *Family Process*, 55(4), 616-632.
<https://doi.org/10.1111/famp.12260>

- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications. <https://ebooks.umu.ac.ug/librarian/books-file/Case%20Study%20Research%20and%20Applications.pdf>
- Yin, R. (2003). *Case study research: Design and methods*. Sage Publications. https://books.google.es/books?id=BWea_9ZGQMwC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
- Zerbetto, S. R., Galera, S. A. F., & Ruiz, B. O. (2017). Family resilience and chemical dependency: Perception of mental health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1184–1190. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0476>
- Zhang, Y., Huang, C., & Yang, M. (2023). Family resilience progress from the perspective of parents of adolescents with depression: An interpretative phenomenological analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2564. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032564> PMID: 36767927; PMCID: PMC9914939.
- Zhu, J., Li, X., Guo, J., Li, W., & Ye, M. (2024). Family resilience and vulnerability of patients at diagnosis of lung cancer: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(9), 3669-3683. <https://doi.org/10.1111/jocn.17206>

Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante

La estudiante **Carolina Cerquera Calderón**, de la Maestría en **Asesoría familiar** de la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, está llevando a cabo el trabajo de grado titulado **“Procesos resilientes en un grupo de familias con un miembro diagnosticado con enfermedad mental”**, que tiene como objetivo general “reconocer los procesos resilientes de las familias, ante el diagnóstico de enfermedad mental de uno de los hijos”. Esta investigación se llevará a cabo en la ciudad de Florencia (Caquetá).

Se le invita a participar en la investigación, la cual se realizará a través de la elaboración de un familiograma y de una entrevista semiestructurada, que tiene un tiempo estipulado de una hora. Los beneficios que usted puede obtener por su participación son: conocer los resultados de la investigación; y los posibles riesgos son: percibir malestar emocional.

Proceso de participación:

Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe de tener en cuenta lo siguiente:

Se le invita a participar en una entrevista que le tomará aproximadamente una hora y media.

- La decisión de participar en la investigación es completamente **PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA**.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente **CONFIDENCIALES**, por ello, se utilizará un **CÓDIGO/PSEUDÓNIMO** para identificarlo.

- La entrevista será grabada a menos que usted disponga lo contrario
- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso del estudio usted podrá RETIRARSE en cualquier momento, agradeciendo que nos informe las razones.
- En el transcurso del estudio nosotros podremos retirarnos en cualquier momento, y le explicaremos nuestras 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 entrevista. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para realizar la entrevista mencionada.

Yo, _____, identificado con CC _____

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

Gracias por la participación en este proyecto. Si desea puede contactarme al celular 3022292054 o al correo electrónico carocerquera@javerianacali.edu.co . También puede contactar al comité de ética en el siguiente correo: eticainstitucional@javerianacali.edu.co.

FIRMA PARTICIPANTE

Nombre: _____

CC: _____

Teléfono: _____

FIRMA PARTICIPANTE

Nombre: _____

CC: _____

Teléfono: _____

Firma del **ESTUDIANTE**

NOMBRE Carolina Cerquera _____

CC: 1.075.242.511 _____

Correo carocerquera@javerianacali.edu.co

TELÉFONO 3202292054 _____

Firma del **docente encargado/a**

NOMBRE Cesar Fabricio Torres

CÉDULA DE CIUDADANÍA

CARGO Director de trabajo de grado

CORREO cftorres@javerianacali.edu.co

TELÉFONO 3175860183 _____

Anexo B. Protocolo de atención en crisis en el momento de la recolección de datos



PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN CRISIS EN EL MOMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A continuación, se presenta un plan de apoyo para la intervención en crisis y remisión a soporte profesional, que debe ser desarrollado por los/as entrevistadores en caso de que alguno de los participantes del estudio, presente una crisis durante el desarrollo de las entrevistas y/o grupos focales y requiere acompañamiento psicológico.

Se resalta que la estrategia a implementar, contará con el apoyo del área del Hospital María Inmaculada que ha abierto las puertas al proceso de atención en caso de ser requerido.

Adicionalmente, se deja claro que se cuenta con los datos (teléfono celular) de los profesionales a disposición del Hospital María Inmaculada en caso de ser necesario.

Contactos de Psicológicos del Hospital María Inmaculada

Nancy Peralta 3142571861

Yorli Karina Osorio 3144301574

Mireya Hernández 3112238790

Contacto de psicólogos accesibles para los participantes: Director de trabajo de grado

Cesar Fabricio Torres-3175860183

Contacto de Psiquiatras del Hospital María Inmaculada

Julio Rodríguez 3166547127

Gilberto Rincón 3148665198

En caso tal se tiene la posibilidad de ingresar a la persona que lo requiere al servicio de Urgencias del Hospital Departamental María Inmaculada para recibir acompañamiento

Plan de apoyo:

▪ Antes de iniciar las entrevistas y/o grupos focales, los/as investigadores conocerán los centros de bienestar de la universidad e informará acerca de las características de la investigación y la posibilidad que algunos de los participantes sean remitidos allí en caso de ser necesario. Lo anterior, tiene el propósito de anticipar alguna emergencia y estar preparado para ella.

▪ Durante el desarrollo de las entrevistas, los investigadores estarán atentos a las manifestaciones que puedan presentar los participantes y en caso de observar que la persona requiere alguna atención profesional, seguirá los siguientes pasos:

1. Apagar la grabación de audio.
2. Determinar la necesidad prioritaria del participante (observando los signos físicos y psicológicos que requieran atención).
3. Realizar una contención emocional, teniendo en cuenta la necesidad evidenciada (tomar agua, respirar, preguntas de contención)
4. Comunicarse con los investigadores principales para analizar el caso y determinar si el participante requiere o no acompañamiento psicológico y si puede o no continuar con el desarrollo de las entrevistas.
5. En caso de requerir acompañamiento psicológico, se direccionará al servicio de urgencias del Hospital María Inmaculada.
6. Se realizará un seguimiento personal o telefónico del proceso.
7. En caso de que el participante manifieste su disposición a continuar en el estudio, y de que el equipo de investigadores lo considere pertinente, se convendrá una nueva cita para reanudar el proceso de entrevista. De lo contrario, la participante puede abandonar el proceso sin que por haya sea expuesta a ninguna repercusión.

Anexo C. Consolidado juicio de expertos

El instrumento de entrevista semiestructurada fue revisado por los expertos Dr. James Cuenca Morales (PhD. en Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Sociales y Educación Superior en Antropología Social, docente Pontificia Universidad Javeriana de Cali) y Mag. Yamile Rodríguez Alarcón (Psicóloga – Mag. En Familia, docente Pontificia Universidad Javeriana de Cali).

En relación con la entrevista semiestructurada dirigida a los padres, ambos coincidieron en la necesidad de mejorar la redacción de varias preguntas, sugiriendo una formulación más clara, precisa y accesible para los participantes. Se observaron casos de preguntas demasiado amplias, con múltiples elementos en una sola formulación, lo que podía dificultar la comprensión y la obtención de información específica. En estos casos, se recomendó dividir o reformular los ítems, conservando la lógica semiestructurada.

Asimismo, se hizo énfasis en la importancia de alinear las preguntas con las subcategorías analíticas del estudio, evitando repeticiones innecesarias y asegurando coherencia entre los objetivos investigativos.

Desde una perspectiva técnica, se propuso reducir la extensión del instrumento, sin sacrificar profundidad, priorizando preguntas abiertas que permitieran explorar el sentido que la familia otorga a la experiencia del diagnóstico.

En cuanto al instrumento dirigido al hijo o hija con diagnóstico de enfermedad mental, las observaciones entre los expertos fueron divergentes. El Dr. James Cuenca expresó preocupación respecto a la pertinencia ética del instrumento, considerando que la condición de salud mental del participante podría generar riesgos emocionales en el proceso de entrevista. Por esta razón, recomendó evaluar la viabilidad de su aplicación o suprimir del estudio. Por otro lado, la Mag. Yamile Rodríguez Alarcón valoró la inclusión de este instrumento como una oportunidad para visibilizar la voz del hijo/a, destacando que el número de preguntas era reducido

y que sería pertinente aumentar la cantidad y alcance de los ítems para abordar dimensiones que no estaban suficientemente exploradas.

Finalmente, se tomó la decisión de mantener el instrumento dirigido al hijo/a, atendiendo a las recomendaciones de la Mag. Rodríguez, con el propósito de captar su experiencia subjetiva respecto al impacto del diagnóstico de enfermedad mental en la familia relacionado con la estructura y la dinámica familiar.

A partir de sus recomendaciones de los expertos en la entrevista semiestructurada dirigida a los padres y al hijo con diagnóstico de enfermedad mental, se procedió a revisar y ajustar las preguntas, eliminando algunas redundantes, y formulando otras con mayor claridad y sensibilidad, manteniendo un enfoque cuidadoso en el lenguaje y el contenido, se redujo el número de preguntas dirigidas a los padres, sin embargo, no se realizó extensión en el número de preguntas dirigidas al hijo.

De acuerdo a las recomendaciones sugeridas se plantean los siguientes ajustes a los instrumentos.

Tabla 2

Consolidado juicio de expertos entrevista a padres

Categoría y definición	Subcategoría	Pregunta	Observaciones y comentarios a cada pregunta James	Observaciones y comentarios a cada pregunta Yamile	Ajuste
-------------------------------	---------------------	-----------------	--	---	---------------

Estructura	<p>Por favor, describan me las situaciones que llevaron a que buscaran ayuda por el área de salud mental para su hijo (a), y que condujo al diagnóstico de (nombre del diagnóstico...) ...</p>	La redacción no es clara.	Redactar de manera más sencilla y clara	¿Qué situación los llevó a traer a su hijo (a) al hospital para que fuera atendido por el área de salud mental?
	<p>¿Ha cambiado algo en la familia después de que el psiquiatra le dijo que su hijo tenía diagnóstico de ...</p>		<p>Hay dos preguntas que aluden a lo mismo, es muy general pensando en la especificidad de las subcategorías (Vínculos, límites y espacio), o bien podría haber una respuesta muy genérica o traer información de los aspectos que luego se van a indagar</p>	<p>¿El diagnóstico de su hijo ha generado algún tipo de cambios en la vida de la familia (vínculos, límites y espacio)? ¿cuáles? Cuáles son los momentos y situaciones en los que la familia se reúne en la semana y de qué hablan</p>

¿Cómo eran las relaciones en el grupo familiar antes del diagnóstico?,

siente que el diagnóstico de enfermedad mental ha generado cambios en la forma de relacionarse en la familia

5. Ante qué situaciones se reúnen y dialogan como familia? ¿qué temas tratan ustedes como pareja y en qué temas incluyen la participación de los hijos?

Hay cinco preguntas en una, esto es impropio, debe haber una sola pregunta formulada de tal manera que la persona pueda hacer alusión a los temas que esperan explorar. Sugiero una sola pregunta y tener otras pensando en el formato de entrevista semi estructurada, solo si la respuesta es muy concreta y simple.

¿Cómo eran las relaciones en el grupo familiar antes del diagnóstico y cómo se relacionan ahora?

Estos temas de comunicación podrán ser abordados en la subcategoría de dinámica familiar. Se cambió y la enumeró con el n. 5

¿Cuál es el espacio de la casa en el cual más pasan como familia y por qué? (¿si se han generado cambios, ¿cuáles?)

Ya que está se subió indagando por quedó como los cambios una pregunta 3 vez el diagnóstico sugiero ir de una a ese tema, ya que aquí hay una pregunta general y luego otra más específica.

Efectos del diagnóstico de enfermedad mental sobre la familia (basado en Consejo ría de salud y servicios sociales, 2003)

Dinámica familiar

¿En el día a día ante qué situaciones y sobre qué temas hablan en familia? ¿de estos temas cuales se relacionan con el diagnóstico de enfermedad mental de su hijo (a)?

Mejorar la redacción.

Dos preguntas en una.

Revisar arriba la pregunta sobre los diálogos se relaciona con esta, integrar y ubicarla aquí.

Sugiero dejar la primera pregunta

5. ¿ante qué situación es se reúnen y dialogan como pareja y como familia? que temas tratan ustedes como pareja y en qué temas incluyen la participación de los hijos?

se tendrá en cuenta en relación con los cambios a nivel de la estructura y las dinámicas

as
familiar
s

¿quiénes son los que más se expresan en la casa y quienes los que menos? me podrían compartir una situación en la que se lo pueda ver reflejada.

No encuentro muy clara la pertinencia de esta pregunta.

Pareciese que expresarse supone que es verbal, pero hay diversas formas de expresarse en el lenguaje corporal o no verbal. ¿Se refieren a conversar, a hablar?

¿Qué tipo de emociones son las que se comunican como familia con más frecuencia? (en caso de respuesta idealizada presentar por otras emociones como tristeza, ira)

¿Cuando alguien tiene una opinión diferente, que se hace en la casa?

Mejorar la redacción.

¿cómo manejan las diferencias de opinión en el hogar?

¿Cuándo se habla del diagnóstico de su hijo(a) de qué tipo de emociones hablan o expresan?

No es clara la redacción. Una cosa es hablar de lo que se siente, otra es expresar lo que se

¿Cuándo el tema de conversación es el diagnóstico de su hijo(a), qué tipo de emociones sienten y de

siente.

qué forma se expresan?

¿Cómo se maneja la autoridad al interior de la familia? me podrían comentar ante alguna situación en la cual se pueda ver esto.

Mejorar la redacción. La autoridad no se maneja. La autoridad se ejerce a través del control de normas, estableciendo castigos, dando reconocimientos, prohibiendo comportamientos, etc. La segunda parte en vez de ser expresado como una pregunta podría ser una prescripción: Coméntame una situación donde se vea reflejado lo que me dice.

¿Cómo se maneja la autoridad al interior de la familia? Cuénteme una situación donde se vea reflejado lo que me dice.

Al interior de cada casa usualmente cada persona tiene unas funciones, ¿en su casa cómo están distribuidas estas funciones? alguien asignó esas funciones o como se fueron delegando?

Vaya directo a la pregunta.

Sugiero solo una pregunta

En su casa ¿cómo están distribuidas las funciones (crianza, la educación de los hijos, relacionadas con proveerlo

necesari
o para la
familia) y
quienes
las
ejercen?

¿Qué
funciones
nuevas han
ido
incorporando
en relación
con el
diagnóstico
de su hijo(a)
o cómo se
han
modificado
esas
funciones
tras el
diagnostico?

¿Funciones
en relación
con qué?

De las dos
preguntas
formuladas,
sugiero que se
deje la segunda.

¿Cómo
se han
modifica
do esas
funcione
s tras el
diagnósti
co de su
hijo?

¿Qué tipo de
actividades
comparten
como familia
en la cual se
vinculen
todos tanto a
nivel del
hogar (la
casa) como
fuera de el?

Mejorar la
redacción

¿Qué actividades
dentro y fuera del
hogar comparten
como familia?

¿Qué
actividades
dentro y fuera
del hogar
comparten
como familia?

¿Qué intereses tienen en común ustedes como familia?

Dado la extensión de las preguntas podría considerar quitar esta, pudiéndose deducir de otras preguntas aquello que los integrantes de la familia tienen en común

Sistema de creencias ¿Cuáles son sus expectativas a futuro en relación con el diagnóstico de su hijo?

Podría estimarse iniciar las preguntas de esta subcategoría indagando sobre las tradiciones en general, que sería la última pregunta de este bloque. Difiero de la observación dado que con la pregunta la subcategoría se quiere conocer el sentido que la familia le está dando a la situación del diagnóstico

Si una segunda pretensión es indagar por las creencias alrededor del diagnóstico podrían iniciar preguntando por aquello que piensan de las enfermedades mentales

¿Qué cosas positivas podría traer el diagnóstico de su hijo(a) a la familia?

Mejorar la redacción.

Sugiero incluir también las cosas negativas, para que la familia pueda expresarse también en ese sentido

¿Qué cosas ustedes consideren positivas podría traer el diagnóstico de su hijo(a) a la familia?

¿Qué cosas consideran negativas ha traído el diagnóstico de su hijo a la familia?

Qué tradiciones (familiares, sociales, espirituales, etc.) hacen parte de su familia y cuáles se practican?

No encuentro clara la pertinencia de esta pregunta.

¿Qué tradiciones familiares les han permitido un manejo positivo en la situación de su hijo (el diagnóstico de enfermedad mental)?

Patrones organizacionales ¿Cuáles son los aspectos que más le gustan de su familia? Presentar ejemplos

Si tuviera la oportunidad de cambiar algunos aspectos de su familia ¿Cuáles cambiaría y por qué?

Esta pregunta podría ser la segunda de esta subcategoría, guardando correspondencia con lo que más les gusta de la familia.

¿Me podrían decir qué cosas han ido incorporando y cuales se les han dificultado en el proceso de enfrentar el diagnóstico de su hijo?

¿Qué nuevas situaciones han tenido que incluir tras el diagnóstico de su hijo ?

Sí pudiera describir esa relación en tres palabras ¿Cuáles serían?

Ver nota anterior.

La respuesta de esta pregunta puede ser repetitiva de la anterior, ya que en por qué pueden estar los elementos principales de unión en esa relación

Se elimina la pregunta

¿Qué cosas los unen como familia?

Los elementos que se desean explorar en esta pregunta de seguro los lograrán en otras de las preguntas que ya han realizado. se elimina la pregunta

Cuando algún miembro de la familia está pasando por un problema ¿cómo se comportan los demás miembros de la familia con él? Dame ejemplos.

¿De qué manera se establecen las normas de convivencia al interior de tu familia? Denme algunos ejemplos

¿En la familia hay algún líder?, ¿qué funciones tiene esta persona?, ¿cómo se hizo líder?

¿Con qué otras personas (familiares, amigos, etc.) se relacionan como familia, qué hacen con ellos (as) y qué tan importantes son estas relaciones para ustedes como familia? ¿Qué espacios comparten?

Tienen 4 preguntas en una, puede ser más clara y fluida: ¿Cómo son las relaciones con otros familiares y amigos?

¿Cómo son las relaciones con otros familiares y amigos?

¿Qué información tienen sus familiares y amigos sobre el diagnóstico de su hijo? (en caso que la respuesta este orientada con que tienen conocimiento se indaga sobre ¿Ellos se han vinculado de alguna manera?)

Mejoren la redacción.

¿Cómo ha sido para ustedes contarle a otros familiares o amigos sobre el diagnóstico de su hijo?

¿Cómo ha sido para ustedes contarle a otros familiares o amigos sobre el diagnóstico de su hijo?

	<p>¿Cómo se ha organizado la parte económica y el trabajo en la familia tras el diagnóstico de su hijo?</p>	<p>Mejoren la redacción.</p>	<p>Son demasiadas preguntas (12) para indagar la subcategoría de patrones organizaciones, ya que son tres subcategorías de cuarto orden al respecto, sugeriría que se hagan dos por cada una para un total de 6</p>	<p>¿Cómo han organizado la economía y trabajo tras el diagnóstico de su hijo?</p>
<p>Procesos comunicativos</p>	<p>¿Qué es lo que más aprecias en la forma de comunicarte con tu familia? ¿Si pudieras cambiar algo, en este sentido, qué sería? Dame algunos ejemplos.</p>		<p>Tres pedidos en una misma pregunta, esto hace que el instrumento se infle más allá de la propuesta de 33 preguntas que hacen</p>	
	<p>¿De qué maneras se expresan las emociones “positivas” al interior de la familia? Dame algunos ejemplos.</p>		<p>Esta pregunta puede unirse con la siguiente.</p> <p>De otro lado, ¿deseas dar la idea de que hay emociones positivas y negativas? Podría pensarse en emociones agradables y desagradables.</p>	<p>¿cómo se expresan las diferentes emociones (alegría, ira, desagrado, miedo, tristeza) al interior de la familia y regálenme algunos ejemplos</p>

<p>¿De qué maneras se expresan las emociones “negativas” al interior de la familia? Dame algunos ejemplos.</p>			
<p>¿Qué se hace como familia cuando una situación no puede cambiarse?</p>		<p>Esta pregunta me parece está incluida arriba cuando se indagaba por la adaptación.</p>	<p>La pregunta va en esta parte dado que no busca conocer los procesos de adaptación sino la capacidad de generar posturas creativas y proactivas frente a la resolución de conflictos</p>

Categorías y preguntas para el hijo(a) que tiene diagnóstico de enfermedad mental

James: Sobre esta parte de la entrevista me preocupa el aspecto ético y de salud considerando la condición psiquiátrica de la persona. Las preguntas que se formulan pueden tener implicaciones emocionales en el entrevistado que podrían manifestarse en el momento de la entrevista o después. Y, no poder establecer si esto se presenta o no, y de qué manera, es lo que preocupa. Mi recomendación es que se revise la pertinencia de esta entrevista teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.

Yamileth: Llama mucho la atención el contraste entre los dos instrumentos, el primero con 33 preguntas y en cada una de ellas al menos dos, ósea que se podrían estar hablando de 50 preguntas o más; y el segundo con 9, siendo extremadamente corto.

Sugiero reducir las preguntas para los padres para no sea tedioso y aumentar las preguntas

para los hijos, pensando que sería importante escuchar su voz respecto a algunos temas que no se abordan en relación con las categorías.

En este punto observan discrepancias ente los expertos, teniendo en cuenta los objetivos específicos se descarta la recomendación de James y se toma las recomendaciones de Yamile, comprendidas a continuación:

Tabla 3

Consolidado juicio de expertos entrevista al Hijo

Categoría y definición	Subcategoría	Pregunta	Observaciones y comentarios a cada pregunta profe Yamile	Ajuste
	Estructura	¿Qué significa para usted tener una enfermedad mental?		
Efectos del diagnóstico de enfermedad mental sobre la familia se tendrá en cuenta en relación con los cambios		¿Qué cosas o situaciones crees que se relacionan con el hecho de tener el diagnóstico de...?	Muy posiblemente la pregunta anterior permita al participante conectar sus ideas, experiencia y vivencia de tener una enfermedad mental con otros asuntos y en ese sentido no sea pertinente.	se eliminó esta pregunta

a nivel de la estructura y las dinámicas familiares

¿Qué piensa sobre el tratamiento para su enfermedad?

Recomiendo que se cambie "su" por "esta"

¿Qué piensa sobre el tratamiento para esta enfermedad?

¿Qué cosas le dan temor y cuales le dan seguridad frente a su diagnóstico?

¿Siente que el diagnóstico de enfermedad mental ha generado cambios en la forma de relacionarse en la familia, me podría comentar alguna situación donde se pueda apreciar esto?

<p>¿Cuáles son los espacios de la casa en los que más comparten como familia, por qué? (si se han generado cambios, ¿cuáles?) ¿De esos espacios cuál es el que más disfrutas? Porque?</p>	<p>Ya que está indagando por los cambios una vez el diagnóstico sugiero ir de una a ese tema, ya que aquí hay una pregunta general y luego otra más específica</p>	<p>¿Qué situaciones y con quienes compartes más con tu familia?</p>
---	--	---

<p>Dinámica</p>	<p>¿Qué tipo de emociones hablan o expresan en la casa?</p>	<p>¿Qué tipo de emociones se expresan más frecuentemente en la familia? - - y tú?</p>
-----------------	---	---

<p>¿De qué temas se hablan en casa que tienen relación con su diagnóstico?</p>	<p>¿Cómo es hablar en familia sobre la/el xxxx (referido al diagnóstico)?</p>	<p>¿Cómo es hablar en familia sobre la/el xxxx (referido al diagnóstico)?</p>
--	---	---

¿Qué es lo que más te gusta de tu familia? Si pudieras ¿qué cambiarías de ella?

Separar las dos preguntas

¿Qué es lo que más te gusta de tu familia?

Llama mucho la atención el contraste entre los dos instrumentos, el primero con 33 preguntas y en cada una de ellas al menos dos, ósea que se podrían estar hablando de 50 preguntas o más; y el segundo con 9, siendo extremadamente corto.

Si pudieras ¿qué cambiarías de ella?

Sugiero reducir las preguntas para los padres para no sea tedioso y aumentar las preguntas para los hijos, pensando que sería importante escuchar su voz respecto a algunos temas que no se abordan en relación con las categorías

el número de preguntas a los

padres se podría
poner en
consideración
pero se realizaran
más preguntas a
los padres dado
que ellos son la
fuente primaria de
información.

Anexo D. Guía de entrevista semiestructurada para padres

Información sociodemográfica

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Lugar de procedencia:

Teléfono:

Estado civil:

Número de hijos:

A continuación, les realizaré algunas preguntas las cuales espero me respondan teniendo en cuenta tu vida diaria, es de aclarar que acá no hay respuestas correctas ni incorrectas, lo que se desea es conocer sobre sus vivencias.

1. ¿Qué situación los llevó a traer a su hijo (a) al hospital para que fuera atendido por el área de salud mental?
2. ¿El diagnóstico de su hijo ha generado algún tipo de cambios en la vida de la familia (vínculos, límites y espacio)? ¿cuáles?
3. ¿Cuáles son los momentos y situaciones en los que la familia se reúne en la semana y de qué hablan?
4. ¿Cómo eran las relaciones en el grupo familiar antes del diagnóstico y cómo se relacionan ahora?
5. ¿Ante qué situaciones se reúnen y dialogan como pareja y como familia? qué temas tratan ustedes como pareja y en qué temas incluyen la participación de los hijos?
6. ¿Qué tipo de emociones son las que se comunican como familia con más frecuencia? (en caso de respuesta idealizada presentar por otras emociones como tristeza, ira)
7. ¿cómo manejan las diferencias de opinión en el hogar?
8. ¿Cuándo el tema de conversación es el diagnóstico de su hijo(a), qué tipo de emociones sienten y de qué forma se expresan?
9. ¿Cómo se maneja la autoridad al interior de la familia? Cuénteme una situación donde se vea reflejado lo que me dice.

10. ¿en su casa cómo están distribuidas las funciones (crianza, la educación de los hijos, relacionadas con proveer lo necesario para la familia) y quienes las ejercen?
11. ¿Cómo se han modificado esas funciones tras el diagnóstico de su hijo?
12. ¿Qué actividades dentro y fuera del hogar comparten como familia?
13. ¿Cuáles son sus expectativas a futuro en relación con el diagnóstico de su hijo?
14. ¿Qué cosas ustedes consideren positivas podría traer el diagnóstico de su hijo(a) a la familia?
15. ¿Qué cosas consideran negativas ha traído el diagnóstico de su hijo a la familia?
16. ¿Qué tradiciones familiares les han permitido un manejo positivo en la situación de su hijo (frente al diagnóstico de enfermedad mental)?
17. ¿Cuáles son los aspectos que más le gustan de su familia? Presentar ejemplos
18. Si tuviera la oportunidad de cambiar algunos aspectos de su familia ¿Cuáles cambiaría y por qué?
19. ¿Qué nuevas situaciones han tenido que incluir tras el diagnóstico de su hijo?
20. Cuando algún miembro de la familia está pasando por un problema ¿cómo se comportan los demás miembros de la familia con él? Dame ejemplos
21. ¿De qué manera se establecen las normas de convivencia al interior de tu familia? Denme algunos ejemplo
22. ¿En la familia hay algún líder?, ¿qué funciones tiene esta persona?, ¿cómo se hizo líder?
23. ¿Cómo son las relaciones con otros familiares y amigos?
24. ¿Cómo ha sido para ustedes contarle a otros familiares o amigos sobre el diagnóstico de su hijo?
25. ¿Cómo han organizado la economía y trabajo tras el diagnóstico de su hijo?
26. ¿Qué es lo que más aprecias en la forma de comunicarte con tu familia? ¿Si pudieras cambiar algo, en este sentido, qué sería? Dame algunos ejemplos.
27. ¿cómo se expresan las diferentes emociones (alegría, ira, desagrado, miedo, tristeza) al interior de la familia y regálenme algunos ejemplos
28. ¿De qué maneras se expresan las emociones “negativas” al interior de la familia? Dame algunos ejemplos.
29. ¿Qué se hace como familia cuando una situación no puede cambiarse?

Anexo E. Guía de entrevista semiestructurada para el hijo

Información sociodemográfica

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Lugar de procedencia:

Teléfono:

Estado civil:

Número de hijos:

A continuación, realizaré algunas preguntas las cuales espero me respondas teniendo en cuenta tu vida diaria, es de aclarar que acá no hay respuestas correctas ni incorrectas, lo que se desea es conocer sobre sus vivencias

1. ¿Qué significa para usted tener una enfermedad mental?
2. ¿Qué piensa sobre el tratamiento para esta enfermedad?
3. ¿Qué cosas le dan temor y cuales le dan seguridad frente a su diagnóstico?
4. ¿Siente que el diagnóstico de enfermedad mental ha generado cambios en la forma de relacionarse en la familia, me podría comentar alguna situación donde se pueda apreciar esto?
5. ¿Qué situaciones y con quienes compartes más con tu familia?
6. ¿Qué tipo de emociones se expresan más frecuentemente en la familia? - - y tú?
7. ¿Cómo es hablar en familia sobre la/el xxxx (referido al diagnóstico)?
8. ¿Qué es lo que más te gusta de tu familia?
9. Si pudieras ¿qué cambiarías de ella?

Anexo F. Lista para la elección de personas participantes (para psiquiatras y psicóloga)

Para esta fase del proceso de investigación nos gustaría contar con sus apreciados aportes y conocimientos, para la selección de tres hijos que tengan diagnóstico de enfermedad mental que pertenezcan a una familia nuclear con estas características:

1. Hijos que tienen diagnóstico de enfermedad mental que se encuentran con estabilización de signos y síntomas
2. Hijos que tiene adherencia terapéutica
3. Hijos que cuentan con apoyo de los padres para el tratamiento
4. Hijos que no presentan recaídas frecuentes
5. Hijos que tienen funcionalidad familiar y social

Anexo G. Conceptos claves

Con el fin de poder hacer más accesible la información se realiza la descripción en términos coloquiales de consentimiento informado.

El consentimiento informado es un documento que se dónde se les pide el permiso a las personas para participar en algunas actividades como en este caso la investigación, a través de este documento se le da a la persona la decisión de elegir si participa en la investigación o no, teniendo en cuenta que es una decisión personal, libre y voluntario. Además, se pide permiso para que la entrevista pueda ser grabada, que la información acá recolectada es confidencial y tendrá un uso académico, su nombre no va aparecer por ningún lado y se usará otro nombre para referirnos a usted y de esta forma mantener en anonimato u oculta su identidad. Es de aclarar que como parte de su participación no se le dará dinero ni ustedes tendrán que dar plata. Si usted está de acuerdo firma o escribe su nombre en la parte final del documento.

Familiograma: para esto vamos a conversar sobre la familia, un poco más específico, sobre cómo está conformada (o sea cuantas personas son) y la manera en la que se tratan o se llevan entre ustedes, y esto se plasmara como en un dibujo mediante figuras

La entrevista semiestructurada es conversar sobre un tema a través del cual se van haciendo preguntas, es de aclarar que no hay respuestas correctas ni incorrectas, la ideas es hablar sobre la situación que ustedes vienen en torno a tener un hijo que tiene diagnóstico de enfermedad mental.