



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Madres y abuelas: cuidados desde el diagnóstico de «enfermedad mental»”

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

Ariadna Gaona Corona

Director: Dr. Raúl Ortega Ramírez

Dictaminadores: Dra. Guadalupe Domínguez Sandoval

Dr. Ramiro Jesús Sandoval



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A través de los otros, nos convertimos
en nosotros mismos.
Lev S. Vygotsky.

Son muchas las personas que han ocupado un lugar importante a lo largo de mi vida, pero son pocas las que han permanecido, es particularmente a estas personas a las que quiero dar gracias por formar parte de cada proceso, pero particularmente de este con el que concluye una etapa de mi formación académica, debo confesar que esta parte de mi tesis fue una de las más complicadas y es que cuando hay tanto que decir pareciera que las palabras faltan o que no son las correctas para expresar todo lo que uno siente, estas líneas me llenan de satisfacción porque sé que son el inicio de muchas otras cosas que están por venir y de las que estoy segura de que formaran parte.

No fue fácil encontrar la forma de comenzar, sin embargo yo quise hacerlo dando un espacio a una de las personas más importantes en mi vida: mi mamá sin ella y su apoyo nada de esto hubiera sido posible, ella es para mí un ejemplo de que el trabajo y la lucha constante ayudan a lograr todo cuanto te propones, gracias mamá por toda la paciencia y la confianza que depositas en mí cada día de nuestras vidas, tengo la certeza de que lo que soy te lo debo a ti y a todo tu amor, gracias por creer en mí incluso cuando ni yo misma lo hacía, por ser mi fortaleza y mi motivación, gracias por acompañar y guiar cada uno de mis pasos, gracias por ser la mejor mamá cada día de mi vida.

La vida me regalo tres varones quienes pusieron a prueba mi paciencia, mi sensibilidad, mi fuerza y mi ser mujer, el primero de ellos es mi papá quien ha estado en todo momento, dando lo mejor de sí y siendo el mejor padre cada día, sin su admirable fuerza y todo su apoyo esta etapa que hoy se concreta en mi vida no sería posible, por él seré una profesionista bien preparada y tratare de evitar la negligencia de la que fue víctima, a pesar de eso nunca se dejó vencer y nos enseñó que por más fatalista que sea el pronóstico uno siempre puede salir adelante, gracias por luchar contra todos los pronósticos por nosotros.

Parece que fue ayer cuando me acompañaste a mi primer día en la universidad, hoy concluimos esta etapa gracias papá por quererme tanto y apoyar todas mis decisiones.

Los otros dos varones con los que he compartido mi vida, son mis hermanos que han sido una de mis principales motivaciones para ser mejor cada día, hoy más que nunca tengo presente cada noche de desvelos que me acompañaron y me dieron ánimos para terminar los trabajos finales, espero ser un ejemplo como ustedes lo han sido para mí, me han enseñado mucho, tanto que ni toda una vida me alcanzaría para agradecerles por acompañarme y cuidarme, pero sobre todo por hacerme tan feliz desde que llegaron a este mundo, cada uno me ha enseñado cosas muy diferentes y estoy orgullosa de ambos, tengo la certeza de que pronto estarán concluyendo su proceso de titulación y enseñándome cosas nuevas.

A mi hermana por ser mi confidente y darme la oportunidad de ser tía de una hermosa niña con la que jugare de la misma manera que lo hacía ella conmigo y estaré para ella al igual que ella ha estado para mí, gracias por ser mi ejemplo de valentía y fuerza al igual que David y Jaqueline que han estado siempre para darnos un buen consejo con base en su experiencia.

Hubo una persona particularmente importante en toda mi trayectoria académica mi primo Luis, sin el nada de esto sería posible, me dedico muchas horas de su tiempo para ayudarme a estudiar para entrar a la universidad, aun cuando cursaba la carrera de medicina, compartimos el proceso de convertirnos en profesionales de la salud compartiendo inquietudes y debatiendo sobre nuestro quehacer en el campo de la salud, infinitas gracias Luisito por ser ejemplo y guía en nuestras vidas.

Mi tiempo en el bachillerato, fue de las etapas más complicadas en mi vida, por la situación médica de mi papa, la transformación escolar y las decisiones que tendría que tomar a partir de ese momento, sin embargo tuve la fortuna de encontrar buenos amigos, que estuvieron en las buenas, en las malas y en las peores Dulce, Itzamara ,Danixa y Angel aunque nuestras decisiones y preferencias nos llevaron por caminos distintos siempre estuvieron presentes, cada platica, cada consejo y cada salida apresurada que tuvimos durante los semestres fue muy importante, sobre todo cuando supe que no era la única que se cuestionaba si había elegido la carrera correcta, me siento sumamente orgullosa de todos por los profesionistas en los que se han convertido, sé que este es el primer logro de muchos en nuestras vidas gracias por permanecer.

Hubo en particular un grupo que me permitió crecer y verlos crecer, la banda de guerra Águilas de libro de la historia quien ha formado parte importante de mi vida desde hace poco más de 10 años, gracias por enseñarme la importancia de la disciplina y ser siempre una segunda familia para mí, particularmente gracias al maestro Arturo por creer siempre en mí y en mis capacidades, al igual que mi mamá Elena, Alejandro, Karen, Yair y Gamaliel gracias por apoyarme siempre de esa forma tan incondicional.

Cuando elegí o más bien cuando la postura teórica me eligió conocí a Maritza con quien aprendí lo complejo de nuestra profesión, gracias por ser más que una compañera de clases y convertirme en mi amiga y mi apoyo durante la carrera, gracias por siempre escuchar y contribuir desde tu postura, cada segundo que compartimos en la FES se ha convertido en una de las cosas que más extraño, gracias por ser el mejor equipo reflexivo y mi compañera de aventuras.

No podía dejar de lado a Mariel y Fernanda que desde sus profesiones y sus ocupaciones han estado siempre para mí en estas nuevas etapas que comienzan en nuestras vidas, gracias por todo su apoyo y amor incondicional.

Tuve la fortuna de tener como asesores a tres personas apasionadas y entregadas completamente con su profesión, sin ellos tres este trabajo no me hubiera enseñado tanto como lo hizo, en algún momento comente que aprendí muchísimo más sobre el quehacer profesional con ellos tres en un año, que en cuatro años de carrera, gracias Dr. Raúl por cuatro semestres de enseñanzas, dos de regaños y montones de aprendizajes, no es necesario “adornarlo” como suele decir, ni echarle flores, el contenido de este trabajo es el resultado y la evidencia de la calidad de psicólogo, maestro y amigo que es, gracias infinitas por la paciencia y el interés no solo en el desarrollo de este trabajo si no y en mi crecimiento personal y profesional, no hay palabras suficientes para agradecer que alguien te lea y coconstruya contigo pero sobre todo te ayude a resignificar, GRACIAS.

A la Dra. Guadalupe por la paciencia que tuvo al leer este trabajo, por darse el tiempo de leerme y de corregir, pero sobre todo por enseñarme a partir de sus investigaciones y su desarrollo profesional el camino que quiero seguir. Al Dr. Ramiro por su interés en el trabajo multidisciplinario y en formar psicólogos para el campo de la salud, gracias por convertir en peras, manzanas y fichas la enfermedad y hacer de esta una forma de acercamiento a la persona, gracias por compartir tanto con nosotros.

Por ultimo quiero agradecer a dos personas que me acompañaron en este difícil proceso, mi grupo de tesis: Soledad y Berta, fueron ustedes un gran apoyo, mi espacio de dudas, pero sobre todo los oídos y las mentes que dieron estructura cuando ya no sabía por dónde continuar, el proceso de construcción de la tesis compartido con ustedes fue mucho más fácil, ahora no solo tengo claro el tema de mi tesis sino dos temas más que aprendí de escucharlas y de transformar en conjunto nuestras formas de entender a las personas, gracias por sus correcciones, particularmente a Sole te convertiste en una de mis mejores amigas al descubrir que compartíamos no solo este proceso si no muchos otros, espero que sigas formando parte de mi vida.

A los “Alejandros y pablo” por corregir como varones cada detalle que observaban en nuestras presentaciones, pero sobre todo por siempre tener más dudas y prestar atención sin importar que hubieran escuchado veinte mil veces lo mismo y finalmente a Jesús por leerme y por ser mi guía en este trabajo aun sin darte cuenta.

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1. Criterios en la exploración y diagnóstico de un trastorno mental.....	9
1.1 La clasificación f en la CIE y el DSM.....	11
1.2. La clasificación general de las enfermedades.....	11
1.3. Clasificación de la categoría “F”	13
1.4. Cómo se hace un diagnóstico psicológico: quién hace un diagnóstico.....	15
1.5. Criterios que se usan para hacer un diagnóstico.....	16
1.6. Similitudes y diferencias en las clasificaciones.....	19
1.6.1.1. Similitudes.....	19
1.6.1.2. Diferencias.....	20
1.6.1.3. Diferencias entre versiones de un mismo manual.....	21
Capítulo 2: enfermedad mental, los cuidados y las cuidadoras: ¿qué y como cuidar?.....	29
2.1 como se comunica el diagnóstico.....	31
2.1.1 La verdad soportable	32
2.2 Tratamientos.....	33
2.2.1 El tratamiento: cuidados y formas de acercarse.....	35
2.3 Con quien acudir.....	38
Objetivo.....	39

Hipótesis.....	39
Método.....	40
Participantes.....	40
Procedimiento.....	42
Resultados.....	47
Caso 1: ale. Resultados.....	47
Análisis por comparación constante.....	47
Análisis por conteo de palabras.....	49
Análisis semánticos.....	51
Caso 2: azul. Resultados.....	57
Análisis por comparación constante.....	58
Análisis por conteo de palabras.....	60
Análisis semánticos.....	62
Caso 3: mama l, Abu c. Resultados.....	69
Análisis por comparación constante.....	69
Análisis por conteo de palabras.....	70
Análisis semánticos.....	71
Análisis por caso.....	75
Análisis del caso ale.....	76
Análisis del caso azul.....	83

Análisis del caso mama l, Abu c.....92

Análisis de resultados de la serie de casos.....95

Discusión.....100

Conclusiones.....108

Referencias.....113

INTRODUCCIÓN

La salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades, son abrumadores. En efecto, podemos lograr un cambio.

LEE jong-wook, Director General, OMS

Este trabajo parte de una situación personal y un interés profesional en particular, este fue el acercamiento al cuidado de un “enfermo”. Cuando estaba por cumplir 15 años mi padre fue sometido a una cirugía laparoscópica que buscaba retirar una hernia, pero en su lugar casi acaba con la vida de mi padre y transformó nuestra vida por completo. En ese entonces yo me preguntaba ¿por qué uno o varios médicos habían hecho mal su trabajo?, ¿por qué con mi padre?, ¿por qué en ese momento de mi vida? El día que cumplí 15 años mi padre se debatía entre la vida y la muerte y a nosotros nadie nos explicaba nada, un médico llegó a hacer lo imposible y salvo a mi papá y eso fue para nosotros un nuevo comienzo, el que guio el interés de este trabajo ¿Cómo cuidar?

Los primeros días que mi papá estuvo en casa nos preguntábamos que hacer con una persona que ya solo tenía un pulmón trabajando a la mitad de su capacidad, cómo hacíamos cada que comía y sentía náuseas o se le inflamaba el estómago y empezaba a supurar líquidos que desconocíamos que podrían ser y así con un sinnúmero de signos y síntomas que se hacían presentes en nuestra vida y nosotros no entendíamos, nadie nos explicó cómo sería la recuperación, ni que debíamos hacer para que fuera más sencillo para él y para nosotros, fue ahí cuando descubrí que muchos de los cuidados se aprenden a partir de las experiencias y que un manual o una guía médica no se acercan mucho a la realidad porque cada caso es único y tiene sus particularidades.

Es probable que los familiares o quienes acompañan a las personas que reciben un diagnóstico, obtengan algunos conocimientos sobre qué es lo que pueden o no hacer para ayudar a la persona a vivir con una enfermedad que probablemente no tenga cura y que por lo tanto lo único que le quede al paciente es aprender a vivir con está,

combinando de la mejor manera posible las indicaciones que proporciona el médico, desde los medicamentos, el cambio de hábitos, rutinas o hasta el llevar o no una dieta.

Sin embargo lo que el médico decía que pasaría no se comparaba con lo que nosotros vivíamos en casa, mi papá queriendo integrarse a sus actividades cotidianas iba en contra de cualquier indicación, hoy ocho años después seguimos luchando con las molestias que dejó la negligencia médica pero ahora sabemos que evitar, mi papá conoce su cuerpo y sabe que puede o no comer, fue así cómo me pregunte si nosotros que sabíamos que era lo que estaba mal y ubicábamos perfectamente las causas teníamos dificultades para saber hacia dónde dirigir los cuidados ¿qué pasaría con las personas que padecían o que cuidaban a personas con enfermedades que no se sabe qué son?, ¿de dónde vienen?, ¿que las causa?, ¿cómo se curan? y lo más importante para mí: ¿Cómo se cuidan?.

Fue ahí donde mi interés personal se convirtió en profesional y para poder hacer algo tenía que comenzar por entender cuáles eran las dificultades a las que se enfrentaban los cuidadores de aquellas personas que recibieron un diagnóstico que forma parte de los trastornos mentales y del comportamiento.

Es frecuente que cuando se recibe un diagnóstico de cualquier tipo, se tenga un desconocimiento de cómo afrontar o cómo cuidar eso que el médico dice que se tiene, sobre todo cuando se trata de padecimientos que no son tan comunes, ni tan frecuentes, por lo tanto es muy probable que al momento del diagnóstico y con los datos que el médico proporciona no se logre entender de qué se trata, ni mucho menos qué es lo que hay que hacer con ese diagnóstico que seguramente obligará a las personas a transformar las formas en las que se han venido construyendo a través de sus rutinas y hábitos.

Esto construye una serie de dificultades que seguramente aumentan cuando los diagnósticos no se ubican entre los padecimientos comunes, y forman parte de un terreno poco explorado y en constante cambio, un área en la que seguramente ni los profesionales de la salud tenemos la certeza de qué es lo que debemos atender y mucho menos cómo es que debemos enfrentarnos a estos padecimientos, entonces:

¿cómo se atiende aquello que no se entiende?

Esta interrogante inicio este trabajo de tesis, ya que como planteaba al inicio a través de mi experiencia personal pude notar que no resultan muy claras las formas en las que los profesionales de la salud proporcionan la información a los pacientes y a sus familiares, lo que hace complejo que se entienda lo que sucede con las personas y dificulta que se sigan las indicaciones médicas o que exista una comprensión del cuidado, ya que para las personas la enfermedad pareciera no tener la misma lógica que perciben los médicos.

Es entonces a partir del diagnóstico que comienzan los problemas para los cuidadores ya que la información que reciben resulta limitada o inaplicable en el caso de los “trastornos mentales y del comportamiento”, son muy pocas las guías que se centran en el cuidado y en la atención de este tipo de padecimientos, manuales de diagnóstico como la clasificación internacional de las enfermedades incluyen recomendaciones para la familia en la descripción de cada trastorno, pero estas resultan ser muy limitadas y poco claras, ya que cómo se nombra en la clasificaciones son “algunas recomendaciones” y envuelven posibles formas de apoyar al paciente pero no se especifica o se describe cómo es que deben llevarse a cabo, además si se considera que la enfermedad mental es motivo de vergüenza social pareciera evidente que los acercamientos a lo que son realmente resultan limitados.

Podríamos suponer entonces que existe más claridad cuando las enfermedades pueden tener una relación lineal con su causa que cuando no es de ese modo, esto es lo que ocurre con los “trastornos mentales y del comportamiento” ya que al no tener claras las causas puede suponerse que tampoco se tiene claridad sobre los cuidados que se pueden proporcionar a los pacientes, por lo que se ven en la necesidad de desarrollar formas para explicarse lo que sucede y hacerse cargo de los cuidados, estas formas de explicación y cuidado caen en lo coloquial y se forman por lo general a partir del sentido común y el saber colectivo o social.

Todo esto como un intento por tratar de entender las causas de lo que les pasa a sus familiares o las personas de las que se hacen cargo, para el caso particular de esta tesis sus hijas o nietas, resulta más relevante para las cuidadoras buscar las explicaciones de eso que resulta complicado entender y que no por lo tanto no saben cómo cuidarlo.

Comprender el impacto que el apoyo social tiene sobre la enfermedad es necesario y para eso resulta relevante revisar el progreso que las ciencias médicas y los cuidados han sufrido en el último siglo, sobre todo si se considera que este ha ido evolucionando de un modelo reduccionista a un modelo bio-psico-social. (OMS,2017).

En este proceso de inclusión de aspectos sociales, en relación con la enfermedad, se ha definido como factor generador de malestar (y enfermedad) el estrés, y como factor protector el apoyo social, encontrando aquí la importancia de las cuidadoras o cuidadores y su implicación en el proceso de tratamiento, haciendo partícipes a otros miembros de la familia en los procesos de recuperación.

El impacto que supone la aparición de una enfermedad en una familia se ha relacionado con diversas variables, entre ellas la carga de los cuidadores principales de personas diagnosticadas. Dado que son los cuidadores principales quienes deberán hacerse cargo de las visitas al médico, la medicación y toda una serie de cuidados que tendrán que proporcionar al mismo tiempo que sus labores cotidianas, sumando a esto las preocupaciones que pueden surgir a raíz de los tratamientos que resultan ser bastante costosos y difíciles de conseguir cuando no son proporcionados por el sistema de salud al que se acercan las personas, es probable además que el cuidar a una persona “enferma” interrumpa o modifique la vida de las cuidadoras o cuidadores e incluso los obligue a abandonar sus trabajos u ocupaciones, esto causa en las personas un gran desequilibrio familiar, social y económico que puede llevar a reestructuraciones en las familias y sus rutinas diarias.

Entonces al recibir un diagnóstico de enfermedad mental no solo la persona que es diagnosticada se ve afectada o reciente el diagnóstico, si no que esté trasciende a la familia, recayendo la responsabilidad sobre las madres, los padres y los familiares directos. Por esta razón resulta importante conocer las experiencias y significados que adquieren las cuidadoras y cuidadores una vez que se recibe el diagnóstico de “enfermedad mental”. Suponiendo que son los cuidadores los que generan la demanda de servicios, los utilizan y conforman la opinión acerca de la calidad de los servicios que reciben.

Las madres, abuelas o las personas que se encargan del cuidado esperan que se les informe adecuadamente con un lenguaje claro y no técnico sobre de la enfermedad que tienen sus hijas o nietas.

Sin embargo, no hay una definición clara de lo que es un trastorno mental, la definición de trastorno mental del DSM-IV no es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R. Cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome, un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Esto podría ser debido a que los trastornos que se ubican en esta categoría en particular forman parte de un terreno en el que los psicólogos deberíamos tener un papel fundamental, ya que es aquí donde el comportamiento toma cierta relevancia y comienza a considerarse como “enfermedad” o “trastorno” cuando este no se adecua a las formas regulares de comportarse, sin embargo los psicólogos tenemos una integración mínima o más bien limitada, desde que los primeros manuales que se enfocaban en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y las formas en las que se propone que estos se diagnostiquen y traten responden a procedimientos de índole médica dado que son los médicos quienes se dedican a escribir las primeras versiones de estos manuales.

Durante el desarrollo de este trabajo se hace una revisión de los manuales de diagnóstico y tratamiento DSM en sus distintas versiones y las guías de clasificación CIE-10, buscando en qué momento o a partir de qué momento toman relevancia las emociones y se empiezan a considerar como algo que debemos tratar como profesionales de la salud, pero sobre todo que nos compete como psicólogos.

En el primer capítulo de este trabajo, se hace una revisión a los manuales de diagnóstico y tratamiento que se utilizan de manera más frecuente en nuestro país, considerando cuales son los criterios que se utilizan para el diagnóstico, en que clasificación ubican los trastornos mentales y del comportamiento y como es que se ubican estos con respecto al resto de las enfermedades, además de considerar cuales han sido las modificaciones que han traído las nuevas versiones de estos manuales.

Los trastornos mentales y del comportamiento como los denomina la CIE-10, pareciera que estaban al alcance únicamente del personal médico, siendo estos quienes escribían e investigaban sobre estos trastornos, sin embargo, es más o menos reciente que se integran aquellos aspectos emocionales que resultan ser del interés de los psicólogos y es desde su disciplina que estos pueden tratarse. Se toman como referencia solo dos de los muchos manuales que se encuentran disponibles para médicos y psicólogos, estos dos manuales son el DSM y la CIE-10 dado que son los primeros que publican respecto a la enfermedad mental y por tanto tienen un mayor número de modificaciones.

Las modificaciones que han traído estos manuales han coincidido con el creciente aumento de personas diagnosticadas con “enfermedades mentales y del comportamiento”, en los últimos años, algunos trastornos se han vuelto comunes y han aparecido sobre todo en la población joven siendo más frecuente en mujeres sobre esto se encuentra información que hace referencia a la historia desde los estudios de género e investigaciones que se centran en la prevalencia de los trastornos mentales en la población mexicana.

También se encuentran datos como los obtenidos por Ramos (2014) quien destaca el hecho de que las mujeres no solamente presentan tasas más elevadas de trastornos mentales que los hombres sino también síntomas más graves y discapacitantes, la depresión mayor ocupa el cuarto lugar entre las cinco principales causas de años de vida perdidos en la salud de mujeres mexicanas.

En un análisis multivariado realizado con los datos de la ENED (2002-2003) indicó que las variables que resultaron asociadas significativamente con el diagnóstico de episodios de depresión en el año previo a la entrevista fueron, estas variables fueron: el sexo, la edad y la escolaridad.

En general, la prevalencia de depresión es mayor en las mujeres que en los hombres, y también se observan diferencias de acuerdo con los estados de la República en los que viven los pacientes.

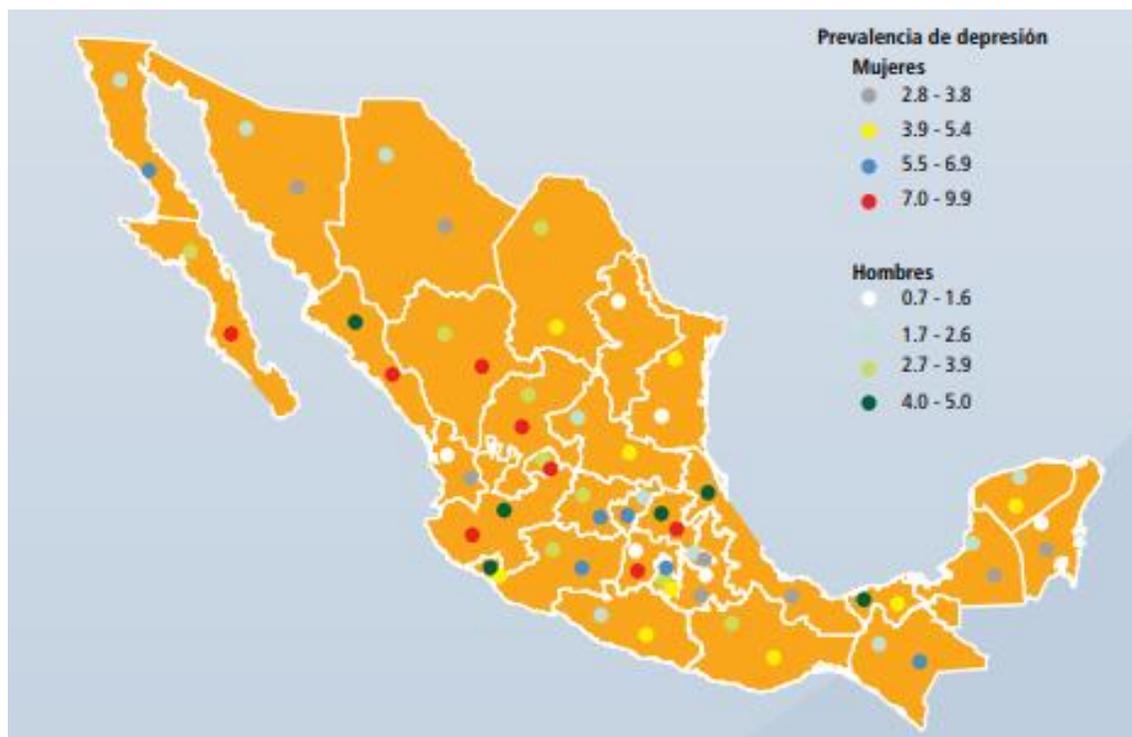


Figura 1: Prevalencia de depresión en mayores de 18 años con base en los datos de la ENED 2002.

Se señala que uno de los principales factores psicosociales asociados a la depresión en la población mexicana es precisamente ser mujer, sobre todo cuando son jefas de familia o cuando se dedican exclusivamente a las labores del hogar o a cuidar algún enfermo, en general pareciera que las mujeres son más vulnerables a que su salud mental resulte afectada esto debido a ciertos factores sociales.

A pesar de esto los casos aquí presentados no se eligieron por esta característica, aunque son de mujeres cuidando mujeres, además la investigación no buscaba la constatación de un diagnóstico, por lo que el diagnóstico no fue motivo de exploración, pero lo que si resulta importante es que son las madres y las abuelas quienes se encargan del cuidado, esto podría ser debido a que culturalmente se asignan ciertas tareas por el rol de mujeres, pero particularmente el hecho de ser madres hace que los cuidados y la búsqueda de explicaciones sea más amplia, ya que las cuidadoras asumen que conocen todo lo que ocurre en la vida de sus hijos o nietos.

Es por eso que el segundo capítulo incluye la información que se relaciona de forma directa con los cuidados, para esto se considera cómo es que se dan los diagnósticos, ya que es desde este momento se pueden presentar modificaciones sobre las formas en las que se percibe y se relaciona la persona, se han desarrollado modelos que buscan que el impacto del diagnóstico sea menor a partir de que se proporcione la información de manera adecuada, es decir se proporcione de forma clara evitando los efectos negativos para el paciente.

Además, se incluyen algunas de las recomendaciones que hacen los manuales a las familias de quienes reciben algún diagnóstico que cabe dentro de los trastornos mentales y del comportamiento.

Resulta importante mencionar que durante la búsqueda de información para el presente trabajo de tesis se encontraron términos que corresponden al campo médico que resultan complicados para quienes no tenemos conocimientos sobre esta área, es por eso por lo que a lo largo del trabajo intento ser reiterativa en cada uno de los apartados, tratando de aportar claridad a la información recuperada de los manuales.

Es necesario que los manuales dejen de ser únicamente del terreno hegemónico de los psiquiatras, el trabajo de la salud mental y de la salud en general debe ser multidisciplinar de modo que los tratamientos sean realmente integrales y respondan a los modelos biopsicosociales dando respuesta a todas las necesidades de los pacientes y las personas que los rodean.

1. CRITERIOS EN LA EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE UN TRASTORNO MENTAL.

Los manuales de diagnóstico y tratamiento han ido evolucionando y con cada revisión han ido integrando nuevos trastornos y criterios, esto como resultado de las investigaciones y el creciente interés por esta área, es por esto que se retoman dos versiones del DSM como ejemplo dado que permiten tener más claridad respecto a los cambios que estos manuales han ido presentando, se elige el DSM-IV (1996) debido a que es el primero en el que aparece la clasificación “trastornos del estado de ánimo” donde se incluyen 16 trastornos, sin embargo esta categoría desaparece para la siguiente versión (DSM-V), reorganizando los trastornos que se ubicaban en esta categoría en nuevas clasificaciones o como parte de otros trastornos. El DSM-IV resulta ser entonces un punto “intermedio” entre la integración de nuevos trastornos y la nueva clasificación de estos mismos.

Son relevantes dos instituciones dedicadas al estudio de las enfermedades de la mente, esto debido a que son usadas a nivel mundial: una es la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) con la publicación del el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM MD) y la segunda es la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en su sexta edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) incluye una variante en la que se introducen los trastornos mentales y del comportamiento esto en el año 1952, siendo el capítulo V el que corresponde a esta categoría, teniendo su versión definitiva en 1992. (CIE-10 2008 pp.13). Cambiar las clasificaciones psiquiátricas en intervalos tan reducidos, ha inducido a la incertidumbre entre psiquiatras y pacientes, pero sobre todo ha limitado la participación de otros profesionales y ha complicado el trabajo multidisciplinario.

Son concebibles numerosos parámetros de clasificación y por lo tanto diversas clasificaciones de trastornos psiquiátricos, como la Asociación mundial de Psiquiatría (WPA), el Instituto Americano de Psiquiatría para la Investigación y la Educación (APIRE), la Sociedad China de Psiquiatras, la Asociación para la Metodología y la Documentación en

Psiquiatría (AMDP), el Tercer Glosario de psiquiatría de Cuba y la Asociación Latinoamericana para el diagnóstico psiquiátrico, que han hecho sus clasificaciones y diagnósticos tomando como base el DSM y la CIE. (Psychiatry Scand, 2007, p.1). Estas nuevas clasificaciones han hecho modificaciones para sus propios manuales y como propuestas para otros, que van desde las formas de hacer los diagnósticos, hasta los tratamientos que proponen se hagan centrándose en las personas.

Las clasificaciones que surgen de estos diferentes sistemas son el resultado de un proceso de abstracción y selección, por lo que no corresponden a formas 100% existentes, si no que son más bien construcciones teóricas, creando perfiles de síndrome que permiten la creación de grupos de diagnóstico basados solo en las similitudes del perfil, aunado a esto se han hecho muchas preguntas sobre la validez de cada sistema al mostrar que estos no coinciden totalmente, son concebibles para cada manual diversos tipos de parámetros de clasificación y es por esto que recientemente se ha buscado hacer procesos coordinados con el objetivo de proporcionar validez teniendo clasificaciones separadas cuyas características principales sean idénticas, se ubican entonces distintos tipos de sistemas de clasificación uno de estos es: la clasificación nosológica que es aquella que siempre incluye hipótesis sobre la causa y la clasificación sindrómica que describe síntomas sin considerar sus orígenes, (Jürgen, 2009).

El hecho de que las enfermedades de la salud mental y los trastornos mentales del comportamiento no tengan una etiología bien definida no les quita la gravedad o las consecuencias que estas pueden llegar a desarrollar, de hecho, estas enfermedades que no tienen una etiología resultan ser las más devastadoras dado que no se sabe que hacer ni cómo tratarlas.

1.1 La clasificación “F” en la CIE y el DSM.

Resulta importante explorar desde donde surge esta clasificación “F”, que usan ambos manuales para ubicar los trastornos mentales y del comportamiento, ya que esto permite tener una expresión más clara de lo que está representa. Pero sobre todo entender desde la posición que ocupa cual es papel que representa a nivel general en la clasificación mundial de las enfermedades y porque se ubica en esa posición.

Esta clasificación “F”, compone el capítulo V de la clasificación internacional de las enfermedades, y es posterior a una serie de categorías que incluyen a las enfermedades que tienen un origen orgánico, (CIE-10, 2008).

1.2 La clasificación general de las enfermedades

La clasificación que aquí se presenta se retoma de la clasificación internacional de las enfermedades realizada por la OMS en esta se encuentran las categorías que anteceden a la categoría “F”, que corresponde al quinto capítulo, las categorías son utilizadas para describir enfermedades que se ubican en el cuerpo y que su diagnóstico se caracteriza por la medición de signos y síntomas, los **signos** son aquellos que resultan claros y visibles, pero sobre todo se pueden medir de forma objetiva, como fiebre, hinchazón o erupciones, mientras que los **síntomas** son subjetivos, dado que se retoman de lo que dice la persona como: el grado de dolor que experimenta o el cansancio, las enfermedades que anteceden a la categoría “F” son las de las enfermedades cuyas causas y efectos pueden ser claros y fáciles de identificar y de medir. (CIE-10, 2008).

Tabla 1

Categorías y enfermedades

Letra	Numero de criterios	Enfermedades que se incluyen
A-B	A00-B99	Enfermedades infecciosas y parasitarias
C	C00-D48	Tumores (neoplasias)
D	D50-D89.	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.
E	E00-E07	Trastornos de la glándula tiroides

Tabla 1: categorías y enfermedades que anteceden a la categoría “F” trastornos del humor

Los primeros trastornos de la clasificación F, o capítulo V, son aquellos trastornos mentales y del comportamiento que se siguen apegando a las enfermedades que tienen una causa de tipo orgánico, los trastornos que aquí se ubican reciben el nombre de “Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos”, (CIE-2008 PP.296) a medida que avanza la clasificación se puede notar que se ubican los que son resultado de alguna enfermedad o del uso de alguna droga o medicamento y posteriormente los que resultan de las emociones o el humor.

1.3 Clasificación de la categoría “F”

Para este trabajo se toman como ejemplo para su análisis dos trastornos, ansiedad y depresión. Sin embargo, es importante considerar cuales son las categorías y los trastornos que anteceden:

- F00-F09: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.
- F20-F29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F30-F39: Trastornos del humor (afectivos).
- F40-F48: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

En el caso de la CIE-10 (2008), dentro de los trastornos del humor (afectivos), se encuentran los episodios depresivos y la depresión con sus subtipos, se encuentran en la cuarta parte de la clasificación, mientras que la ansiedad se ubica justo después en la quinta clasificación como parte de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes somatomorfos.

Por su parte el manual de diagnóstico y tratamiento DSM-IV ubica la depresión en una categoría similar nombrada “Trastornos del estado de ánimo”, mientras que la ansiedad se ubica en la categoría “trastornos de ansiedad”. En el caso del DSM-IV antes de las clasificaciones que incluyen la ansiedad y la depresión, podemos encontrar:

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados.
- Trastornos relacionados con sustancias.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.

En el DSM-IV se encuentra una mayor cantidad de clasificaciones antes de llegar a las clasificaciones que incluyen la ansiedad y la depresión, siendo en este manual la sexta y la séptima categoría en la que se ubican estos dos trastornos, sin embargo, no es muy amplia la diferencia que podemos observar entre las formas en las que cada manual acomoda las categorías, incluso se podría decir que ambos mantienen el mismo orden. (APA, 1996) Como se mencionó con anterioridad las Clasificaciones F30-39, corresponde a los trastornos del humor (mood), o afectivos, en la clasificación CIE-10. (CIE-10, 2008, P, 317-323).

Tabla 2

Clasificación de los trastornos del estado de ánimo y del humor

DSM-IV	CIE-10
Episodios afectivos (cuatro subtipos)	F30: Episodio maniaco (cinco subtipos)
F3x.x Trastorno depresivo mayor	F31: Trastorno bipolar (incluye nueve subtipos)
F34.1 Trastorno distímico	F32: Episodio depresivo (nueve subtipos)
F32.9 Trastorno depresivo no especificado	F33: episodio depresivo recurrente (seis subtipos)
F3x.x Trastorno bipolar I	F34: Trastornos del humor (afectivos)
F31.8 Trastorno bipolar II	persistentes. (cuatro subtipos)
F34.0 Trastorno ciclotímico	F38: otros trastornos afectivos del humor (Tres subtipos)
F31.9 Trastorno bipolar no especificado	F39: Trastorno del humor (afectivo) sin especificación
F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica)	

Tabla 2: Clasificación de los trastornos del estado de ánimo y del humor en el DSM- IV (1996) y la CIE-10 (2008).

Para el caso de ambas clasificaciones se incluyen en algunos trastornos las posibles combinaciones o subtipos a considerar, cabe mencionar que las clasificaciones numéricas en el caso del DSM no son consecutivas. En las dos categorías que se revisan, resulta evidente que en ambos manuales se encuentran juntas y aparecen después de los trastornos relacionados con el uso de sustancias en el DSM-IV o Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas en la CIE-10.

1.4. Cómo se hace un diagnóstico psicológico: quien hace un diagnóstico

El DSM “es una guía que pretende servir para la práctica clínica” (DSM-IV, 1996, PP, XV). esta descripción da una idea de para quienes es que se escribe este manual, se escribe principalmente para investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales y familiares, pero sobre todo lo usan psiquiatras especialistas, seguidos por los psicólogos, enfermeras y terapeutas, en resumen, se escribe para los profesionales de la salud.

El DSM recomienda que quienes usen este manual sean personas con experiencia clínica; por lo que no aconsejan que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual, ya que el **juicio clínico** en estos manuales se considera muy importante como lo menciona el DSM en su cuarta versión “no se trata de un manual de cocina..., el juicio clínico puede incluso justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos”. (DSM-IV, 1996, pp.7).

Por su parte la clasificación internacional de las enfermedades (1992) realizada por la OMS, incluye los trastornos y del comportamiento en el quinto capítulo de su clasificación, este fue escrito al igual que el DSM para su uso clínico y docente de psiquiatras y otros profesionales de la salud mental.

1.5 Criterios que se siguen para hacer un diagnóstico:

En el caso particular del DSM-IV se siguen una serie de criterios para especificar las características de los trastornos entre estas se encuentra que junto a los nombres de algunos trastornos añaden paréntesis (...) para indicar que hay que incluir el nombre del trastorno mental específico o de la enfermedad médica, por ejemplo, “F05.0 Delirium (debido a hipotiroidismo)” (DSM- IV, 1996, p.2)

Si se cumplen todos los criterios, se puede pasar al siguiente punto que es anotar uno de los especificadores de gravedad a continuación del diagnóstico, estos especificadores son:

1. Leve: Son pocos, o ninguno, los criterios que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. No dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.
2. Moderado: Existe deterioro funcional situados entre «leve» y «grave».
3. Grave: Se detectan varios criterios que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o que son particularmente graves, o dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

En el caso de que no se cumplan todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores:

- En remisión parcial: con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad sólo permanecen algunos.
- En remisión total: Yo no se cumplen los criterios, pero es importante tener en cuenta la existencia del trastorno.
- Historia anterior.

Es decir, si se presenta un caso de depresión moderada la clasificación podría quedar de la siguiente forma F3. Grave. Expresado en números: F3.2. (DSM-IV,1996, pp.2-3).

Por su parte la CIE-10 (1992) asigna sus criterios de la siguiente manera: los criterios de cumplimiento obligatorio para cada trastorno se distinguen con las letras mayúsculas (A, B, C, etc). Números (1,2,3, etc) y letras minúsculas (a, b, c, etc.) se utilizan para identificar grupos y subgrupos de características, de las cuales sólo algunas se requieren para el diagnóstico. (CIE-10, 2008).

Para el caso de este manual la intensidad del trastorno se clasifica de forma separada, es decir para el caso del episodio depresivo encontraremos una clasificación distinta para leve (F32.0), moderado (F32.1) y grave (F32.2), teniendo cada uno de estos sus criterios diagnósticos. (CIE-10, 2008, pp.318).

Tabla 3

Forma de expresar un diagnóstico según la CIE-10

Trastorno	Clasificación	Nivel	Diagnóstico
Depresión	F32	F 32.0	F32.0.1.4.6. G1
Ansiedad Generalizada	F41	F41.1	F41.1. A.B. C1,6,5,11, 16, 21.

Tabla 3: Forma de expresar un diagnóstico de acuerdo con la clasificación CIE-10

En la tabla uno se encuentra la forma en la que se expresa un diagnóstico (F41.1. A.B. C1,6,5,11, 16, 21), esta no expresa nada por sí misma, sin embargo al buscar lo que representan estos números y letras en el manual para cada trastorno, podría traducirse como Trastorno de ansiedad generalizada moderado, con 6 meses mínimo de tensión prominente, preocupación y aprensión (A), presenta más de cuatro síntomas (B), entre estos síntomas se encuentran: palpitación o ritmo cardiaco acelerado (C1), sensación de ahogo (C6), dificultad para respirar (C5), miedo a perder el control (C11), inquietud e incapacidad de relajarse (C16) e irritabilidad persistente (C21). (CIE-10, 2008).

Sin embargo, resulta relevante hacer una consideración, para cuestionar si realmente se escribe o más bien se describe mediante la clasificación alfanumérica el diagnóstico en la hoja clínica o en los reportes que los profesionales entregan, o si más bien si solo es posible encontrar descripciones que incluyen el diagnóstico sin sus características, es decir solo se encuentra que el diagnóstico para el usuario es ansiedad, sin tener más elementos que permitan explorar que nivel, tipo de ansiedad o qué criterios fueron los que favorecieron que se llegara a ese diagnóstico.

Es probable que estas formas de diagnóstico que se proponen en los manuales no sean las que se encuentren en los reportes médicos por lo que no puede esperarse que a los pacientes se les dé un diagnóstico en términos numéricos, se esperaría que los médicos o los psiquiatras, expliquen cuales son los fundamentos o los criterios con los que cumplen las personas, es decir que se les explique cuáles son los criterios con los que cumplen o porque dicen que tienen tal o cual enfermedad, de modo que esto sirva como indicador para que la persona y quienes la rodean entiendan que es lo que está pasando, cuáles son sus posibles causas y de ese forman tengan más herramientas para buscar formas de aproximarse al problema.

1.6. Similitudes y diferencias en las clasificaciones

Tabla 4

Comparación de dos trastornos en el manual DSM IV y la clasificación CIE-10

Manual	Clasificación	Trastorno	Criterios de tiempo	Criterios de diagnóstico
DSM IV:	Trastornos del estado de animo F30-39	Episodio depresivo mayor. F32x	2 semanas mínimo	Se deben cumplir mínimo 6 de los doce <i>criterios</i> .
	Trastornos de ansiedad F41-F45	Trastorno de ansiedad generalizada F41.1	Superior a seis meses	Se deben cumplir mínimo 8 de los once criterios.
CIE-10:	Trastornos del humor F30-39	Episodio depresivo (leve, moderado o grave) F32.0.1.2	Dos semanas	Se debe cumplir por con 4 de los ocho <i>síntomas</i>
	Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” F40-48	Trastorno de ansiedad generalizada. F41.1	Seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión de los acontecimientos.	Se deben cumplir mínimo 4 de los 22 síntomas

Tabla 4: comparación de dos trastornos y su clasificación en el manual DSM-IV y la clasificación CIE-10

1.6.1.1 SIMILITUDES

En la tabla cuatro son muchos los factores en los que ambos manuales coinciden, empezando por las clasificaciones F30-39 y F40-45 o F40-48 en el caso de la CIE-10. Podemos ver que además las clasificaciones alfanuméricas son las mismas para estos dos trastornos en ambos manuales, sin embargo, se puede enumerar una gran lista de diferencias entre estos.

1.6.1.2 DIFERENCIAS

Son dos los trastornos que se han tomado como ejemplos: ansiedad y depresión, estos dos trastornos se ubican dentro de dos apartados distintos en cada manual, en la clasificación de la CIE-10, en la edición del 2000 la ansiedad se encuentra entre los “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” y los episodios depresivos entre las clasificaciones de los “Trastornos del humor (afectivos)”. Por su parte en el DSM-IV la ansiedad se encuentra clasificada en la categoría “Trastornos de ansiedad”, y los episodios depresivos en la categoría “Trastornos del estado ánimo”, desde aquí se empiezan a notar las diferencias que van teniendo estos manuales entre si a pesar de que describen aparentemente las mismas cosas. (CIE-10,2008).

La tabla cuatro muestra como la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10, considera un número menor de criterios para poder realizar un diagnóstico, esto hace probable que al utilizar esta clasificación sea más sencillo realizar un diagnóstico, además de que sus criterios de tiempo para el caso particular de la ansiedad generalizada son un poco más breves e incluyen más factores, lo que facilita que el usuario encaje con las características diagnosticas con más facilidad, así mismo podemos ver que este es un manual compuesto por descripciones que se realizan principalmente para médicos generales, mientras que el DSM incluye aspectos que resultan de la competencia de los psicólogos y los psiquiatras, esta resulta ser otra de las grandes diferencias entre ambos manuales.

Ejemplo de esto es que el DSM-IV además de incluir los criterios diagnósticos incluye categorías donde se incluyen datos como los síntomas dependientes de la cultura y el sexo y los patrones familiares de cada paciente.

Los manuales tienen un lenguaje distinto al momento de diagnosticar los trastornos, mientras que el DSM los hace mediante criterios la CIE-10 considera síntomas, es decir considera las manifestaciones físicas que refiere el usuario, es importante considerar las formas en las que se escriben estos manuales, ya que esta característica favorece que sean los profesionales de cierta área quienes los utilizan, pero sobre todo a quien se dirigen, al hablar de síntomas

podría decirse que este manual se apega más al modelo médico, buscando en lo que el paciente dice lo que le sucede al cuerpo, es por esto que este manual remite un tratamiento puesto que el malestar se encuentra directamente en el cuerpo, esta diferencia en el lenguaje es una de las muchas que se pueden encontrar, en la siguiente tabla se muestran las principales diferencias entre ambos manuales.

Tabla 5
Diferencias de los manuales

DSM IV	CIE-10
Busca proporcionar categorías por lo tanto no propone tratamiento	Propone tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
El paciente debe estar limitado por el trastorno.	Este criterio no aparece en este manual.
Busca la naturaleza y las causas de las enfermedades o trastornos mentales (Psicopatología).	Estudia las causas y el desarrollo de las enfermedades (Patogenia).
Describe el funcionamiento a partir de 5 ejes.	Describe la enfermedad a partir de 3 ejes.
Codifica el grado de estrés	No codifica el grado de estrés.
Lenguaje más claro	Lenguaje dirigido principalmente a médicos

Tabla 5: Principales diferencias entre el manual DSM-IV y la clasificación CIE-10

1.6.1.3 Diferencias entre versiones de un mismo manual

Hasta aquí se han venido presentado algunas de las diferencias que se pueden encontrar entre dos manuales aparentemente distintos, sin embargo, entre una y otra versión del mismo manual se encuentran cambios e incorporaciones en los criterios de diagnóstico, un ejemplo de esto se encuentra entre el cambio del DSM-V (1996) al DSM-V (2016) en el cual desaparece la clasificación de los trastornos afectivos, separando los trastornos en nuevas categorías y uniendo algunos como parte de un mismo diagnóstico.

La clasificación en la que se incluía el episodio depresivo mayor desaparece, este episodio ahora pasa a ser parte de los episodios hipomaniacos, trastornos bipolares y trastornos relacionados.

Haciéndose una categoría única para lo que respecta a los trastornos depresivos incluyendo en esta el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica y los trastornos depresivos no especificados. (DSM-V,2016).

A continuación, se presenta la tabla que muestra las modificaciones que se encuentran para el caso de la ansiedad generalizada, con el fin de mostrar el tipo de criterios que se incluyen y los que desaparecen es importante considerar el énfasis que se hace en cada trastorno en que no exista un solapamiento de sintomatologías.

Tabla 6**Comparación del trastorno de ansiedad generalizado en dos versiones del DSM**

Manual	Clasificación	Trastorno	Criterios de tiempo	Criterios de diagnóstico
DSM-IV	Trastornos de ansiedad F41-F45	Trastorno de ansiedad generalizada F41.1	Superior a 6 meses	Se deben cumplir 8 de los once criterios
DSM-V	Trastornos de ansiedad	Trastorno de ansiedad generalizada	se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades	Se deben cumplir 8 de los 12 criterios, cuidando que la alteración no se explique mejor por otro trastorno mental o que no exista un solapamiento de sintomatología.

Tabla 6: Comparación del trastorno de ansiedad generalizado en dos versiones del DSM.

En la tabla seis se muestran las modificaciones que hay entre una versión y otra del mismo manual, se agregan algunas especificaciones que hacen que el uso de este manual sea más fácil aportando más claridad al momento de realizar el diagnóstico, aunado a esto el lenguaje que se utiliza para esta versión del manual es más claro y más preciso en los criterios de diagnóstico, es decir delimita de forma clara cada uno de los criterios que deben tomarse en consideración para poder realizar el diagnóstico. (DSM-IV, 1996).

Las emociones aparecen patologizadas, gracias a estas modificaciones que se van realizando con el paso de los años en los manuales y muchas veces esta problematización de las emociones se debe a la integración de los psicólogos y sus áreas de trabajo en las revisiones de los manuales.

Un ejemplo de esto serían las consideraciones que se están teniendo, para la estructuración de las nuevas versiones de los manuales, estas que se están haciendo en colaboración con la Asociación Mundial de Psiquiatría y otros activos psiquiátricos nacionales y regionales de diversos países, que han buscado que se creen los diagnósticos centrados en las personas, entendiendo que el diagnóstico es el lugar en el que los médicos almacenan las observaciones de la experiencia clínica y la taxonomía diagnóstica, estableciendo patrones (Psychiatry Scand, 2007). Entonces el diagnóstico cumple su función fundamental como una base informativa para la clínica, sin embargo, no tiene un alcance lo suficientemente amplio como para describir el estado de salud para el cuidado.

Es por esto por lo que las instituciones proponen que dentro de las modificaciones de las nuevas versiones de los manuales se incluya el Diagnóstico Integrador Centrado en la persona (PID), con el objetivo de mejorar el estado de salud de las personas, dejando de considerarlos como portadores de enfermedad, para considerarlos como seres humanos con historia, valores, recursos sociales, aspiraciones etc. Por lo que en las nuevas formas de hacer diagnósticos deberán estar implicados pacientes, familiares y profesionales de la salud, haciendo así sistemas de diagnóstico y atención contextualizados.

La WPA (Psychiatry Scand, 2007) incluye cuatro componentes operacionales como directrices para el diagnóstico integral: la primera son las bases conceptuales, seguidas del diagnóstico clínico, las personas, la atención médica y la salud pública. Esta orientación centrada en la persona debería integrar entonces enfoques descriptivos, categóricos, dimensionales y narrativos, para ser formulados y aplicados de manera interactiva por médicos, pacientes y familiares, con estructuras que incluyan información estandarizada e ideográfica/narrativa.

Esto resulta relevante y de suma importancia ya que la principal fuente de información para realizar los diagnósticos son las entrevistas que se realizan en un primer momento con los usuarios y después para completar y corroborar información con los familiares, el hecho de que comiencen a centrarse en la persona, podría favorecer el buen diagnóstico permitiendo explorar los síntomas de manera amplia y descriptiva identificando así, si estos son una

consecuencia del trastorno o de las rutinas que desempeñan las personas en su vida diaria y encontrando si estas formas de vida tienen alguna relación con los signos que normalmente son medidos, por medio de aparatos e instrumentos, que aportan medidas numéricas y objetivas.

Los manuales son un pretexto que nos permite preguntarnos si los trastornos que presentan son realmente una enfermedad o son más bien un asunto de los afectos y las emociones que no cabría en el aspecto de las enfermedades, por lo tanto, quizá sería mejor no hablar de prevalencia, si no una problematización de las emociones; o un cambio de criterios que se incluyen en estos manuales. Estos cambios que han tenido las clasificaciones podrían resultar como un indicador de cuáles son los manuales con los que han diagnosticado o diagnostican los médicos y los psiquiatras, ya que es muy probable que los médicos trabajen con una versión determinada de los manuales que no se adapte o que no coincida ya con las nuevas versiones, que se han desarrollado como producto de las investigaciones.

Entonces para este trabajo resulta relevante quiénes y cómo utilizan estos manuales, en un primer momento puede decirse que son los médicos quienes más los usan, apegándose sobre todo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE) en sus diversas versiones pues esta clasificación es escrita por y para médicos, por lo que se puede asumir que los psiquiatras al haber recibido una formación en el área médica, inmediatamente recurrirán a esta clasificación para poder acercarse a estos nuevos “problemas” a los que se enfrenta la sociedad actual, aunado a esto resulta importante considerar que en la actualidad dados los tiempos tan limitados para las consultas de carácter público los profesionales de la salud únicamente tienen tiempo de diagnosticar y otorgar tratamiento dándole poca relevancia a los demás aspectos que resultan importantes para la familia y el paciente.

Pero ¿qué parte de la población es la que se ve “afectada” por estos trastornos?, algunos estudios han demostrado que en los últimos años se han presentado tasas más altas de diagnóstico en lo que respecta a la enfermedad mental y que estos diagnósticos se han visto, sobre todo, en la población joven, se han hecho investigaciones para conocer la prevalencia de estos e identificar su relación con factores de tipo social.

Medina, Borges y colaboradores (2003) realizaron la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, encontrando los trastornos en el grupo de edad más joven de 18-29 años de los cuales únicamente el 12% terminó estudios universitarios. Se puede observar que el 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días. Los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de uso de sustancias y los trastornos afectivos.

Por su parte Bella, Fernández y Willington (2010) encuentran que hay algunos trastornos mentales y del comportamiento que se relacionan de forma directa con los intentos de suicidio o la ideación suicida, siendo los trastornos del humor los que aparecen con más frecuencia (36.59%), seguidos de la depresión (29.27%), el trastorno de conducta disocial (24.39) y el trastorno bipolar (7.32).

De acuerdo con EFE (2018) las enfermedades mentales afectan ya al 28.6 por ciento de la población, cuya calidad de vida y relaciones se ven afectadas, se calcula que para 2020 en México la depresión será la primera causa de discapacidad en el país.

Siguiendo la línea de los resultados obtenidos por estos autores se puede notar que los trastornos que tienen mayor aparición en la actualidad sobre todo en la población joven corresponden a las categorías “Trastornos del humor” en la CIE-10 y “trastornos del estado de ánimo” en la clasificación del DSM, siendo los más frecuentes de estas categorías los episodios depresivos y la ansiedad.

Es por esto por lo que ha resultado de gran importancia analizar la ansiedad y la depresión como casos para explorar en los manuales que utilizan los profesionales de la salud en lo que a salud mental se refiere, haciendo un énfasis en las últimas versiones de estos manuales, ya que la investigación hecha por estos autores sirve como indicador de cómo es que se integran las emociones y como estas comienzan a convertirse en un “problema” de salud que toma relevancia, dado que el número de personas que las padece incrementa cada vez más y que como lo dicen los autores todos padecemos una enfermedad de este tipo en algún momento

de nuestra vida y seguro que con las nuevas clasificaciones e incorporaciones al DSM y CIE-10 todos somos propensos a recibir un diagnóstico de esta índole en algún momento. (Medina et. al, 2003).

Las personas comienzan a verse expuestas a estos trastornos que antes no existían o existían pero no cobraban relevancia, las emociones que resultaban cotidianas ahora aparecen como parte del “Problema” y esto es gracias a las nuevas investigaciones en el terreno de la salud mental, estas que pareciera que buscan que todo sea clasificado y que todo se ajuste a las normas bajo las que nos regimos como seres humanos, pero sobre todo como sociedad, desde aquí que podemos explicarnos estas incorporaciones, pues los cambios que se experimentan a nivel social demandan que haya cambios y nuevas exigencias para los seres humanos, exigencias que lejos de mejorar el desempeño llegan a producir ansiedad e incluso depresión.

Respecto a esto Vasen (2011) menciona que existe una tendencia patologizante que se desarrolla a partir de la incorporación de nuevos diagnósticos, donde la vaguedad y la amplitud ha propiciado que haya tasas más amplias en lo que refiere al trastorno mental, provocando con esto sobretratamientos y medicaciones innecesarias, caras y que muchas veces dañan la salud y desempeño de las personas, incluyendo muchas variantes de la normalidad con el título de “enfermedad mental”.

“Los sujetos pasan a ser entonces objetos, la verdad sobre lo que se sufre se encuentra ahora en una clasificación y lleva el nombre de neurotransmisor ausente o excesivo, que apunta a los psicofármacos como agentes curativos, aunque realmente no se discute si los psicofármacos son útiles o no, sino más bien si el alivio que producen logra curar los sufrimientos de las personas, sobre todo estos que se producen derivados de la relación con los otros, los que tienen que ver con la locura, la sexualidad y la muerte”.

(Vasen, 2011)

Desde este punto se puede comenzar a imaginar cuales podrían ser las preocupaciones de las cuidadoras sobre todo estas que tendrían relación con él porque y para qué de los medicamentos. Aunado a esto se encuentra que las personas que tienen un papel en el diagnóstico pueden ser varias, pues los test y la información surgida en la Web, permite que todos opinen e indiquen, no hay categorías naturales todo esto es una construcción que hacen los manuales a partir de ciertos constructos, que derivan del pensamiento de la época.

Particularmente resulta importante preguntarse e indagar como es que se le puede traducir toda esta información y todas estas teorías a los cuidadores a fin de evitar que hagan sinónimos de lo que no es, si el profesional de la salud entiende cómo explicar toda la información a la familia seguramente lo hará menos pesado y lograra que la información impacte directamente al paciente y a la familia de forma positiva.

Un resultado de esto es que como menciona Vasen (2011) se crea una desensibilización que lleva a etiquetar y hallar siglas que son nombres para estos problemas de época que estallan en las escuelas y los hogares. Esto apoyado por la difusión que hay de estos procedimientos a través de los medios y publicidades que se orientan específicamente a padres y docentes haciendo de la clasificación y del diagnóstico algo fácil y al alcance de todos, estas clasificaciones no están presentes solo en los artículos científicos, si no que ya se encuentran hasta en los medios de comunicación masiva.

2.- ENFERMEDAD MENTAL, LOS CUIDADOS Y LAS CUIDADORAS: ¿QUÉ Y CÓMO CUIDAR?

Los problemas para los cuidadores inician desde que los profesionales de la salud no estamos claros sobre las formas en las que se puede o se debe dar el diagnóstico, sobre todo porque tampoco se sabe qué manual utilizar para elaborar los diagnósticos, debido a la gran cantidad de manuales y a sus diversas formas de clasificar, con las complicaciones y confusiones que implica que las características que definen un trastorno cambien entre una y otra versión del mismo manual, podría pensarse que incluso a veces se omite el uso de los manuales para proporcionar un diagnóstico.

Complicando las cosas para los pacientes y cuidadores, que deberán tratar de entender las formas en las que los profesionales se aproximan a la explicación del problema, podríamos suponer entonces que son dos los problemas que tienen las personas al recibir el diagnóstico, el primero que deriva del no entender lo que pasa y por lo tanto guiarse por el sentido común, mientras que el segundo tendría que ver con que a partir del diagnóstico tendrían que ir sustituyendo diversos adjetivos para definir a las personas, entonces se deja de decir que a una persona le falta coraje o valor y ahora se dice que está en un proceso depresivo, ya no se dice que alguien es voluble, se dice que es bipolar. (Gergen, 2006).

Se puede destacar una diferencia entre estas dos formas de lenguaje, una se apega más a lo que podría llamarse una psicología popular, mientras que la otra responde al lenguaje profesionalizante, la psicología popular, entonces correspondería aquella que deja de lado las opiniones profesionales para recurrir a las opiniones que tienen los familiares o amigos, quienes recurren a otros métodos que se alejan de los tratamientos médicos, dado que no se entiende la enfermedad, se van haciendo acercamientos a lo que se conoce culturalmente como legítimo o adecuado para el cuidado, lo que ocasiona un choque entre lo que los médicos siguen y lo que las personas van tomando de lo que dicen, de los cuidados que se deben tener y los remedios, aunque esto los aleje de los médicos.

Es decir, el sentido común nos proporciona una manera de entender y asumir a los otros y hasta de pensar o clasificar a los otros. Se escuchan frases como “cae gordo” o “tiene la sangre pesada” estas conforman el sentido común, desde ahí se empiezan a hacer caracterizaciones de la psicología del otro que todo mundo entiende.

A pesar de los avances y de las modificaciones que se han hecho en materia de ciencia y tecnología aún no se encuentran manuales que expliquen a los profesionales como es que se debe entregar un diagnóstico psicológico, algunas publicaciones como las hechas por la Universidad Peruana de los Andes (<https://tuvntana.files.wordpress.com/2016/05/diagnostico-e-informe-psicologico.pdf>) presentan cómo es que se debe **escribir** un informe psicológico diciendo que se redacta de una manera impersonal, sin dirigirse directamente al lector y evitando procesos perceptuales o cognoscitivos del autor.

De esto derivaran una serie de cosas que resultan relevantes como: qué es lo que le dicen los profesionales de salud a los cuidadores y a los pacientes, es decir cómo les dan el diagnóstico, dado que no hay manuales que hablen de cómo cuidar a las personas que reciben este tipo de diagnósticos, se sabe cómo diagnosticar, pero no se escribe como tratar o cuidar a las personas. Es decir, no se habla de cómo decir a la persona el diagnóstico ni mucho menos como explicar a las familias que es lo que debe hacerse o cuales son las formas de acercamiento que ayudaran al paciente.

Esto hace probable que las personas y sus familias queden en un desconocimiento de que es lo que sigue o que es lo que deberán hacer una vez que reciben el diagnóstico y con este una prescripción de medicamento, podría pensarse que las personas buscan en su entorno los elementos que los ayuden a explicarse que es lo que pasa con sus hijos o con las personas de las que se hacen cargo.

Por lo que podría suponerse que una vez que se recibe el diagnóstico se empieza a utilizar un lenguaje técnico que sustituye el lenguaje cotidiano, este lenguaje técnico les es ajeno, y como familiares o cuidadores es probable que no sepan de qué se trata, ni la definición de todos esos términos que para los médicos surgen a partir de una etiología y un razonamiento

haciendo referencia a cosas que el psicólogo y el psiquiatra ven en la persona, es decir son definidas las características de esos “problemas” en la persona, las personas no podrían apropiarse de todo el conocimiento que el lenguaje técnico implica, sin embargo comienzan a utilizar este lenguaje, durante todo este proceso Gergen (2006), le llama debilitamiento cultural.

2.1 cómo se comunica el diagnóstico

Diversos autores se han dedicado a escribir como es que se deben comunicar los diagnósticos, sin embargo, estos no han estado dirigidos al área de la salud mental, si no a la medicina en general identificando que debe o no decirse a los familiares y a las personas al momento de proporcionar un diagnóstico.

El diagnóstico es la primera fase de todo tratamiento, ya que este se da una vez que se tiene total certeza de la presencia de un estado de enfermedad, proporcionar el diagnóstico va más allá de agregar una etiqueta a una serie de padecimientos, incluye la información de los posibles tratamientos y sus efectos secundarios, al respecto Puerto y Gamba (2015) consideran que la forma en la que se comunica un diagnóstico tiene un efecto en el ánimo del paciente desde que este recibe la noticia, dado que desde ese momento surgen expectativas, temores e incluso pueden definirse cuales serán roles del paciente, la familia y el profesional que lo acompaña, es por eso por lo que si se presenta de manera ambigua el diagnóstico el paciente y quienes lo rodean no pueden comprender lo que sucede y sus posibilidades para enfrentarse a la situación son limitadas.

Es probable que experimenten sentimientos de preocupación y aumento de estrés, que pueden dificultar el tratamiento, por lo tanto, se debe transmitir la información de manera comprensible, creíble, fácil de recordar, de forma certera y realista, pero sobre todo cercana a su cultura y nivel educativo. Pérez (2004) define las malas noticias, como todo aquello que es capaz de alterar la visión que tiene un paciente sobre su futuro, ya sea que esta sea producida por el diagnóstico de una enfermedad mortal o al momento en el que se informa del fallo de un procedimiento o tratamiento.

2.1.1 Verdad soportable

Desde este planteamiento se desprenden una serie de modelos para informar a los pacientes sobre alguna enfermedad, estos van desde informar en su totalidad al paciente hasta no informar, pasando por la información gradual o parcial, se cree que esta última forma es la más efectiva dado que es la que permite que el paciente vaya asimilando el diagnóstico, este modelo es también conocido como “verdad soportable”.(Rodríguez, 2004) Estos modelos se utilizan sobre todo para dar diagnósticos cuando el pronóstico no es alentador o cuando los tratamientos pueden tener resultados adversos.

En síntesis, el modelo de la verdad soportable propone que la información tiene que adaptarse a las necesidades del paciente y lo que este quiera saber, sobre esto Peiró y Sánchez (2012) mencionan que el objetivo de informar al paciente es compartir con él un conocimiento sobre su enfermedad, esto es considerado más como un derecho que como una obligación y es por eso por lo que al paciente le corresponde la decisión de que tanto quiere llegar a conocer.

Se siguen una serie de fases para poder proporcionar los diagnósticos, un primer paso es encontrar un lugar adecuado, de preferencia privado y tranquilo en donde poder dar el diagnóstico, para lo que el medico deberá estar seguro del diagnóstico y pronóstico (predicción sobre la evolución y el resultado final de la enfermedad), se considera importante que el paciente conozca al médico y que hayan generado cierta proximidad, por lo que debería ser el medico con quien se haya tenido contacto previo quien comunique el diagnóstico.

Sin embargo, Parilla (2014) menciona que el trato es algo que debe partir de la comprensión del paciente, no como un número o un caso clínico, si no como una persona a la que hay que acercarse desde lo emocional, este autor considera que la relación del paciente con el medico en la actualidad se caracteriza por la falta de empatía, dado que los profesionales salen de las facultades con problemas de comunicación importantes.

Coincidiendo con esto Herrera et al (2014) mencionan que la comunicación de malas noticias es una tarea que requiere de otras habilidades además de las verbales como responder a las reacciones emocionales del paciente, involucrar la toma de decisiones, manejar el estrés generado por las expectativas de cura, involucrar a la familia en el proceso y dar esperanzas cuando la situación es poco prometedora.

No se presentan formas específicas de proporcionar el diagnóstico para los casos de trastornos mentales y del comportamiento, sin embargo, la ansiedad y la depresión son consideradas como una consecuencia de una mala forma de proporcionar un diagnóstico sobre todo cuando se trata de pacientes que se encuentran en fases avanzadas de una enfermedad o en cuidados paliativos.

A pesar de los datos y las consideraciones que se han ido teniendo respecto a las formas en las que deben darse los diagnósticos, la realidad es que muchas veces no se llevan a la práctica o se pasan por alto, dejando a los pacientes en la ambigüedad o proporcionando los diagnósticos sin total certeza, esto pasa no solo en el caso de los diagnósticos de las enfermedades que se ubican en el cuerpo (De la Cruz, 2019), si no también y con más frecuencia en las “enfermedades” que se ubican en la mente y que sus causas no pueden identificarse ni medirse de forma objetiva.

2.2 Tratamientos

Tanto la CIE como el DSM tienen sus propias formas de proponer tratamientos para cada una de las enfermedades y los trastornos, en el caso particular de la CIE-10 considera una serie de pautas de actuación, entre estas se encuentran descripciones de cuál sería la información esencial que debería recibir el paciente y sus familiares, para el caso particular del trastorno de ansiedad generalizada (F41.1) se incluye la siguiente descripción: “El estrés y las preocupaciones tienen efectos físicos o mentales. El remedio más efectivo para reducir los efectos del estrés es aprender unas técnicas específicas (no una medicación o sedante)”. (CIE-10,2018, p.36).

En esta categoría como parte de la información esencial para el paciente y sus familiares se incluyen algunas recomendaciones como:

- Animar al paciente a practicar diariamente métodos de relajación, para reducir los síntomas físicos.
- Animar al paciente a realizar actividades relajantes y de ocio, y a retomar actividades que han sido beneficiosas en el pasado.
- Identificar y superar preocupaciones exageradas.

En lo que refiere a la medicación la CIE-10(2008), considera que es un tratamiento secundario en la terapia de ansiedad, sin embargo, es recomendable usarla cuando existen síntomas significativos, se recomienda usar medicación ansiolítica, betabloqueantes o antidepresivos que sirven para controlar los síntomas físicos.

Sin embargo para el caso de la depresión el tratamiento es totalmente distinto en lo que a medicación se refiere, uno de los criterios para prescribir medicamentos es que debe existir un estado de ánimo bajo o falta de interés muy prominente, comenzando con Imipramina, en dosis de 25 a 50mg cada noche y aumentando hasta 100 o 150mg a los diez días, “se debe explicar que la medicación debe ser tomada a diario y la mejoría se notara pasadas dos o tres semanas, se especifica que hay que consultar al médico antes de suspender la medicación”.

CIE-10 (2008. Pp. 31).

Es probable que dado que son los médicos quienes diagnostican y tratan este tipo de trastornos receten medicamentos antes de enviar a los pacientes a recibir entrenamiento para disminuir la ansiedad, o los síntomas depresivos, esto resulta más claro al momento de observar las propuestas de tratamiento del DSM que a diferencia de la CIE no proponen el uso de ningún tipo de medicamento.

Pareciera a partir de los manuales, que los psicólogos no se interesan en el diagnóstico ni en los puntos que se tratan cuando se hace un diagnóstico. Es por eso que como profesionales relacionados directamente con esta área, son los que podrían tener la mayor cantidad de dudas sobre cómo es que los psiquiatras diagnostican y otorgan tratamientos, es por eso que el conflicto es que los psicólogos no dan ningún tipo de medicamento, pero lo que si ocurre es

que crean un desconcierto enorme del que derivan muchas preguntas en las personas que tienen o que viven con alguno de sus familiares que haya recibido un diagnóstico y por tanto viva con un trastorno, donde el psiquiatra otorga un medicamento.

Esto debido a que muchas veces los psicólogos no saben cómo explicar a las familias lo que está pasando, mucho menos se puede hablar de una cura o del tratamiento de eso que ellos como familia no se explican y es justo esto lo que los lleva a creer que las causas de este desequilibrio emocional son orgánicas producto del cansancio que la vida cotidiana trae consigo.

2.2.1 El tratamiento: cuidados y formas de acercarse

Podría pensarse que los familiares se acercan a ese tipo de problemas como si las personas estuvieran enfermas e imposibilitadas, entonces la atención se centra sobre los medicamentos, la alimentación, las actividades y el uso de remedios caseros, es decir los familiares tratan de incitar a las personas a hacer ciertas cosas a partir de ese desconocimiento que tienen respecto de qué es lo que pasa con alguien que sufre o es diagnosticado con un trastorno, ya sea por algún psicólogo o por algún psiquiatra.

El tratamiento entonces podría ser una forma de aproximarse al paciente y a la “enfermedad mental” con la que se ha diagnosticado, dado que aporta horarios e indicaciones específicas dadas por el médico y es probable que estas se relacionen con la idea de que proporcionarán una curación a largo o mediano plazo y un alivio de las molestias o malestar a corto plazo.

Muchas veces se dan los tratamientos sin que el paciente y sus familiares tengan una conciencia clara de la enfermedad, desde aquí puede omitirse la importancia de continuar un tratamiento o abandonarlo.

Vázquez, Sánchez, Lara y Sentís (2000) mencionan que el tratamiento busca restaurar la funcionalidad del individuo y quienes lo rodean, esperando que haya continuidad sin interrumpirse hasta que el paciente amerite el alta, pero se ha observado que, en el caso

particular de México, hay un importante número de pacientes que abandonan el tratamiento. Algunos estudios realizados por estos autores en pacientes con trastornos afectivos demostraron que son tres las causas por las que los usuarios abandonan el tratamiento:

- a) Falta de recursos para comprar los tratamientos.
- b) Buscar atención medica en otro sitio.
- c) No haber observado mejoría y observar demasiados efectos secundarios.

Coincidiendo con esto Saucedo y Cortez (1997), han estudiado los motivos por los cuales los pacientes abandonan el tratamiento, encontrando las causas en la poca información que posee el paciente y la familia sobre el padecimiento, presentándose en mayor medida en los pacientes con trastornos afectivos como depresión, del sexo femenino, pero sobre todo profesionistas.

En lo que refiere a las reacciones adversas Figueroba (2018), menciona que entre las principales se encuentran: la somnolencia, las sensaciones de mareo, taquicardia, sequedad bucal, retención urinaria, y la disminución de la presión sanguínea, considerando como menos relevantes dada su poca frecuencia: la ansiedad, agitación, insomnio, pesadillas, dolores de cabeza y confusión. Mientras que dentro de las de tipo fisiológico se encuentran: las alteraciones cardiovasculares, visión borrosa, nausea, vomito, aumento del apetito, molestias gastrointestinales y estreñimiento.

Estos podrían ser algunos de los principales motivos por los cuales las personas abandonan el tratamiento, dado que los médicos consideran como efectos “mínimos” a la ansiedad y el sueño. Pero esos efectos que se consideran mínimos, desde el punto de vista de los manuales y las publicaciones no son mínimos y representan un problema para las personas y sus actividades cotidianas, se puede ilustrar desde uno de los medicamentos para la depresión.

El Diccionario de especialidades farmacéuticas (2001) por su parte reporta las reacciones secundarias y adversas en diferentes clasificaciones, a continuación, se presentan los efectos de la Imipramina, medicamento tricíclico utilizado para las diversas formas de depresión, incluidas las depresiones asociadas con trastornos de la personalidad y alcoholismo, también

se indica este tipo de medicamento para los ataques de pánico y estados dolorosos crónicos.

- *Reacciones anticolinérgicas:* resequedad en la boca, estreñimiento, sudores, bochornos, trastornos de la acomodación visual y visión borrosa.
- *Sistema nervioso central:*
- *Efectos psíquicos:* fatiga, somnolencia, aumento de ansiedad, agitación, inquietud, trastornos del sueño, paso de la depresión a hipomanía o manía y síntomas de delirio, como confusión acompañada de desorientación y alucinaciones.
- *Efectos neurológicos:*

A menudo: temblor fino.

En ocasiones: parestesias, cefaleas y mareo.

Raras veces: crisis epilépticas.

- *Sistema cardiovascular:* Taquicardia, palpitaciones, arritmias, en casos aislados: presión arterial elevada, descompensación cardiaca, reacciones en la circulación de la sangre.
- *Tracto gastrointestinal:* en ocasiones náuseas, vómitos, anorexia.
- *Piel:* reacciones cutáneas alérgicas.
- *Sistema endocrino y metabolismo:*

A menudo: aumento de peso.

En ocasiones: trastornos de la libido y la potencia.

Casos aislados: crecimiento de las glándulas mamarias, secreción inapropiada de la hormona antidiurética, elevación o disminución del nivel de la glucemia, pérdida de peso.

(DEF.2001. pp. 2125-2127)

Para los médicos o los laboratorios que producen los medicamentos todos estos efectos se consideran mínimos, pero para los manuales son un problema, es decir se están dando medicamentos que generan o producen efectos en la persona, las personas con la ingesta del medicamento comienzan a descubrir que algo va mal en su cuerpo.

Muchos de estos efectos adversos tienen que ver con la ingesta de largo plazo del medicamento, en el caso particular de la enfermedad mental se espera que los pacientes

tomen los medicamentos durante periodos largos de tiempo para que funcionen de manera adecuada, es decir es muy probable que se observen los efectos adversos antes que los efectos terapéuticos.

Resultaría importante preguntarnos si al prescribir medicamentos, quienes los envían ya sean médicos, psiquiatras o incluso psicólogos explican a los pacientes que estos efectos pueden presentarse con cierta frecuencia e intensidad, como consecuencia del tratamiento, o si solo se prescribe sin explicar las consecuencias tanto positivas como adversas de ingerirlo.

2.3 Con quien acudir

El problema en un primer momento no son los medicamentos, ni los profesionales de la salud, el problema es básicamente qué es lo que pasa con las personas, a dónde se dirigen a buscar apoyo y lo más relevante es que pasa con los familiares que tienen un hijo, un primo, un sobrino o lo que sea, que de repente es diagnosticado con ciertos trastornos y que es llevado al psiquiatra o al psicólogo.

En un estudio realizado por Medina, Rascón y Tapia (1992) se muestra que en lo que refiere al tipo de ayuda recibida, los familiares y los amigos constituyen el primer recurso de la población cuando padecen problemas emocionales, la automedicación constituye un segundo recurso, y es significativamente mayor en los deprimidos. Los sacerdotes y los ministros constituyen la tercera fuente de ayuda, especialmente para las personas con depresión. Los curanderos y los yerberos fueron consultados solamente por un 2.2% de la población, sólo un 5% ha solicitado ayuda de los servicios de medicina general. Es decir, poco más de seis sujetos de cada 100 de la población acude a los servicios de atención especializada.

Esta investigación sirve como un indicador de cuáles son los recursos y las formas en las que las personas se aproximan a las “enfermedades” que no se expresan directamente en el cuerpo y que no tienen causas aparentes, es decir hay un desconocimiento de todo lo que respecta a la salud mental, pero sobre todo se desconoce qué es lo que se debe de hacer o a donde se

debe acudir cuando existen molestias de tipo emocional, estos pueden verse mediados también por los prejuicios y la accesibilidad que se tiene para la información y los servicios que son del área de la salud mental.

Objetivo:

Analizar como las cuidadoras entienden la enfermedad mental y cuales son sus preocupaciones en torno a estas.

Hipótesis:

A partir de lo planteado en la parte introductoria de este trabajo puede suponerse que los relatos de las cuidadoras estarán centrados en el diagnostico y los cuidados principalmente.

MÉTODO

Se presentan los datos obtenidos de un estudio realizado con cuatro mujeres cuidadoras de personas con diagnóstico de «enfermedad mental», se incluyen datos como la edad, la condición socioeconómica y el estado civil al momento de las entrevistas.

Participantes

Cuatro mujeres cuidadoras de una persona con un diagnóstico no constatado de “enfermedad mental”, se utilizó el método de bola de nieve que permite localizar a algunos individuos, los cuales conducen a otros, y estos a otros, y así hasta conseguir una muestra suficiente (Bisquerra, 2009). De acuerdo con los lineamientos de la APA (2010) se usaron seudónimos para proteger la identidad y la información de las personas. El criterio de selección de los casos fue que fueran cuidadoras de una persona que hubiera recibido atención psiquiátrica.

Datos descriptivos

Caso número 1:

Ale es casada, de 43 años, es madre de dos hijos un varón de 17 años y una mujer de 19 años a quien cuidaba de una forma particular desde que acudió con el psiquiatra y fue hospitalizada en una institución de asistencia privada. Vive con sus dos hijos y con su marido, durante las entrevistas Ale dio a conocer detalles sobre el trabajo de su marido ya que, dadas las características de este, él permanecía lejos de casa durante largos periodos de tiempo, por lo que considera que es un padre ausente que les ha hecho falta a sus hijos.

Desde que Ale se casó comenzó a buscar formas de obtener ingresos en el comercio informal, ya que por su labor de madre le era más fácil vender algún producto a la salida de la escuela o en el mercado al mismo tiempo que realizaba sus actividades cotidianas, al momento de las entrevistas ofrecía un servicio similar al de un taxi, donde cobraba por llevar a su hijo y algunas de sus compañeras a la escuela.

Ale describe su día como un “andar de arriba para abajo” ya que ella se levanta desde la cinco de la mañana para preparar los desayunos y llevar a sus hijos a la escuela y es la última en acostarse por desempeñar las tareas del hogar y recoger a su marido del trabajo cuando el regresa tarde.

Caso número 2:

Azul casada de 52 años al momento de la entrevista, tiene tres hijos varones y una hija mujer todos de diferentes edades, siendo su hija la más pequeña de los cuatro, la hija de Azul es internada en varias ocasiones en una institución pública dedicada a la salud mental, durante estos periodos azul recibe el apoyo de su familia nuclear y de su familia extensa para cubrir los gastos que derivan de la hospitalización, ya que ella abandona su trabajo cuando una de las psiquiatras que atiende a su hija la llama para decirle que requiere atención de tiempo completo.

En el momento en el que Azul recibe la llamada se encontraba separada de su esposo por lo que no vivía con sus hijos, si no vivía en casa de sus padres, dadas las características del trabajo de su esposo él no se encontraba en casa durante largos periodos de tiempo, por lo que Azul era quien se hacía cargo de sus hijos y las tareas del hogar.

Caso número 3:

Abu C es una mujer casada de 68 años, es madre de tres hijos, al momento de la entrevista vivía con su hija Mama L de 48 años, y con sus dos nietos de quien se hacía cargo mientras su hija trabajaba, su nieta de 22 años es internada en una institución particular especializada en salud mental, tiene dos nietos y ambos estudian la universidad al momento de la entrevista.

Durante las entrevistas Mamá L y Abu C proporcionan poca información respecto al padre de sus hijos y nietos respectivamente.

Tabla 7: Datos de identificación de las participantes.

Nombre	Edad	Estado civil	# de hijos
Ale	43	Casada	2
Azul	52	Casada	4
Mama L	48	Casada	2
Abu C	68	Casada	3

Tabla 7: se presentan algunos datos demográficos de las participantes como: edad, estado civil y número de hijos.

Herramientas

Todas las entrevistas fueron grabadas con una grabadora de voz Sony.

Procedimiento

Se realizó una serie de entrevistas por participante variando el número de sesiones entre una y cuatro sesiones en un periodo aproximado de seis meses, variando la distancia entre sesiones según la disposición de tiempo de la entrevistada y los entrevistadores, la duración promedio de las entrevistas se encontró entre una hora treinta minutos y las dos horas.

Se utilizó una metodología cualitativa mediante el uso de entrevista conversación (Payne 2002), donde tanto el entrevistado como el entrevistador podían hacer preguntas, o comentar sobre los tópicos, de modo que las conversaciones se construyeron en conjunto, las entrevistas fueron hechas por un mismo entrevistador y su equipo reflexivo, durante las sesiones el entrevistador buscaba obtener descripciones sobre el diagnóstico que recibieron las hijas o nietas de las participantes y la comprensión que tenían de este, derivando de aquí una serie de tópicos que las participantes relacionaban con el diagnóstico y que tomaban mayor o menor importancia para ellas.

Para el análisis de los datos se escucharon por lómenos en siete ocasiones las audio-grabaciones invirtiendo en este paso un aproximado de 90 horas, para identificar los tópicos de conversación que se habían desarrollado en cada una de las entrevistas, durante las entrevistas-conversación, el entrevistador conversaba con las participantes buscando descripciones sobre el proceso que habían vivido con sus hijas o nietas desde que estas fueron internadas o atendidas por un psiquiatra que buscaba un diagnóstico de “enfermedad mental”, ampliando con sus intervenciones la información proporcionada por las participantes.

Todas las entrevistas fueron grabadas para su posterior análisis, una vez terminadas las sesiones se transcribieron, fue a partir de esto que se desarrollaron las categorías desde los relatos y los tópicos que habían estado presentes durante las sesiones de entrevista:

- a. Los tópicos de conversación se emplearon como categorías: con esta estrategia se pretendía cubrir todas las vicisitudes, circunstancias o eventos de la vida cotidiana de las personas expresadas en los relatos.
- b. Los tópicos, convertidos en categorías, deberían contener dos características:
 1. dar cuenta de toda la información contenida en las entrevistas.
 2. El listado de categorías debería usarse para todos los casos, así en un primer momento podrían contrastarse la estructura de los relatos de cada uno de los casos.
- c. La selección de los fragmentos a través de las categorías, son los datos del estudio.
- d. Un problema práctico, es la delimitación de los fragmentos que pueden ubicarse dentro de una categoría. Por dos razones:
 1. Los relatos de las personas no son lógicamente contruidos, y pueden pasar de una circunstancia de vida a otra combinándolas o mezclando elementos para justificar su persona (Bruner,2006).
 2. La mezcla de las circunstancias de vida obliga a ser cuidadoso en la selección de los fragmentos en cada categoría, de manera que las categorías sean mutuamente excluyentes.

Tabla 8: Número de horas de entrevista por participante y sesión.

Número de horas de entrevista por participante					
Participante/ sesión	1	2	3	4	Total
Ale	1:34:02	2:54:47	3:06:44	1:04:46	9:16min
Azul	1:27:12	1:24:17	37:47	-----	3:20min
Mamá L y Abu C.	2:00	-----	-----	-----	2:00hrs

Tabla 8: Se muestra el número de horas de entrevista por participante en cada sesión y el tiempo total.

Una vez seleccionados los tópicos, se agruparon para formar las categorías de análisis estas categorías son las que guían la interpretación de la información. A continuación, se presenta la tabla que incluye las categorías derivadas de todos los casos que aquí se refieren.

Tabla 9: Categorías derivadas de los tópicos de conversación.

Categoría	Descripción
Estilos de Crianza	Descripciones entorno a las actividades cotidianas de sus hijas/hijos o nietas/nietos, entre estas se incluyen las que hacen referencia a la escuela, tareas, desempeño académico y actividades en casa.
Implicación de la familia nuclear y extensa	Relatos sobre el apoyo que recibieron por parte de sus familiares, desde el momento en que sus hijas y nietas presentaron “las crisis”
Diagnóstico	Narraciones de las experiencias que tuvieron a partir del diagnóstico y todo lo que este implicó.
Cuidados en casa	Actividades que realizaban con sus hijas o nietas como formas de prevención y de cuidado que surgen como una alternativa o complemento del tratamiento médico.
Perspectiva sobre los hijos	Relatos hechos a partir de la comparación de las formas de ser y actuar de sus hijos o nietos varones y sus hijas o nietas mujeres.
Maternidad/ paternidad	Adjetivos usados para nombrar las actividades que deben de cumplir hombres y mujeres con respecto de los hijos.
Trabajos de las cuidadoras	Actividades que realizan para obtener ingresos y sus modificaciones a partir del diagnóstico.
Condición de salud de las cuidadoras	Descripciones sobre las enfermedades que ellas tienen.
Historia de vida familiar	Relatos de las relaciones que tenían en su pasado con padres, hermanos e hijos donde describen sus experiencias cuidando a sus padres o sobrinos.

Tabla 9: se presentan las categorías derivadas de las conversaciones y sus descripciones.

Cabe aclarar que los datos que aquí se presentan se recuperan de los relatos de las madres es decir todo lo que se presenta es visto a través de los ojos de las madres, lo que permite descubrir a las personas.

Estas técnicas se utilizaron teniendo en cuenta que las narraciones de las personas no son en un solo sentido, ni se presentan de manera lógica, por lo tanto, las categorías son construcciones semánticas no sintácticas.

Para el análisis de resultados de esta tesis se utilizaron tres tipos de técnicas para concentrar y triangular la información (Ortega- Ramírez. 2015; Collins, Onwengbuzie y Leech 2012) que se derivó de las categorías de análisis:

La primera fue el **análisis por comparación constante**:

Consiste en seleccionar fragmentos de las narraciones para analizar los tópicos que estuvieron presentes en las conversaciones con las personas. Como un primer paso se seleccionaron los fragmentos que eran más relevantes para el interés central del presente trabajo, los cuales se agruparon en categorías que no necesariamente servirían o permitirían interpretar los datos, las categorías llevan el nombre que representa de mejor manera el contenido de las narraciones.

El segundo tipo de análisis empleado para el presente trabajo fue **el conteo de palabras**:

Proporciona la extensión de los relatos a partir del número de palabras empleadas en ellos, en este se hace un conteo de palabras del contenido de cada sesión por categoría de análisis, tomando en cuenta que el conteo puede proporcionar datos sobre la extensión de los relatos de las participantes, esto puede ser también un indicador de la importancia que le dan las personas a ciertos tópicos.

Y por último el **análisis semántico**:

Siguiendo las categorías que se habían construido para el análisis por comparación constante, se ubicaron las palabras que ayudan a dar sentido y significado a lo que viven las personas en un momento determinado de sus vidas, esto se realizó mediante figuras en donde se concentran cada una de las palabras y se van uniendo de acuerdo con el tópico al que hacen referencia.

RESULTADOS

Caso 1. Ale

Los entrevistadores junto con Ale desarrollaron un total de cuatro entrevistas de entre una y tres horas, logrando con esto un total de nueve horas y 16 minutos de entrevista. Las entrevistas se realizaron aproximadamente seis meses después de que su hija recibió el diagnóstico y tratamiento, una vez que se encuentran reincorporadas en sus actividades cotidianas.

Análisis por comparación constante

A continuación, se presentan las tablas que permiten observar las categorías y las frecuencias de aparición de cada una para el caso particular de Ale, la tabla 9 incluye las descripciones de las ocho categorías presentes en las conversaciones con Ale.

Tomando como base las categorías para analizar las conversaciones, se ubicaron los segmentos que representaban de mejor manera las categorías, a partir de la selección de estos fragmentos, se realizó un conteo del total de ocasiones que aparecieron las narraciones correspondientes a cada categoría por sesión.

Con respecto a la tabla 10 la lectura vertical muestra el número de veces que se tocó un tópico en cada una de las cuatro sesiones, es decir se muestra como aparecen los tópicos por sesión, mientras que la lectura horizontal muestra como cada categoría fue apareciendo a través de todas las sesiones, encontrando como es que se desarrollan los tópicos por sesión de entrevista y en su conjunto.

Tabla 10: Número de veces que se tocó un tópico por sesión

Tópico/ sesión	1	2	3	4	Total
Maternidad/ paternidad	4	26	14	10	54
Estilos de crianza	16	8	5	4	33
Perspectiva sobre los hijos	----	6	15	3	24
Historia de vida familiar	----	20	1	2	23
Diagnóstico	3	----	----	1	4
Trabajo de las cuidadoras	----	2	----	----	2
Implicación de la familia nuclear y extensa	----	----	1	----	1
Condición de salud de la cuidadora	----	3	1	1	5

Tabla 10: se resalta con tres colores distintos las categorías que fueron más relevantes, estas fueron: maternidad/ paternidad, perspectiva sobre los hijos y la categoría correspondiente a los estilos de crianza.

Ningún tópico se encontraba aislado de los demás, sin embargo el hecho de encontrar tres categorías relevantes muestra cuales eran los intereses y las preocupaciones de las personas y los entrevistadores a lo largo de las cuatro sesiones de entrevista, estas eran principalmente las categorías que correspondían a los adjetivos usados para nombrar las actividades que deben de cumplir hombres y mujeres con respecto de los hijos, las que incluían los relatos que hacían referencia a la escuela, las tareas, el desempeño académico y las actividades en casa y los relatos hechos a partir de la comparación de las formas de ser y actuar de su hijo y su hija.

Entonces lo central para ella fueron los relatos que tenían una implicación directa con el cómo ser una buena madre o un buen padre, para esta persona los ejes fundamentales fueron describir a sus hijos, describirse a ella y describir en adjetivos a su esposo, el resto de las categorías parecen ser irrelevantes, aunque se sabe que no son en aislado.

En la primera sesión, los entrevistadores y la entrevistada se centraron sobre todo en los tópicos: estilos de crianza con 16 apariciones, seguido de los tópicos que integraban la categoría maternidad/paternidad que apareció durante esta sesión en cuatro ocasiones, seguida de la categoría diagnóstico con tres apariciones, donde no solo se incluían los relatos respecto a las visitas al psiquiatra, si no todo el proceso de internado, medicación, necesidades particulares de su hija, estos fueron los tópicos que conformaron la hora y media que duro esta primer sesión de conversación.

Solo dos categorías estuvieron presentes durante todas las sesiones de entrevista, estas fueron maternidad/Paternidad y Estilos de crianza, categorías que se relacionan directamente, respecto a estas fue en la segunda sesión donde tuvieron un mayor número de apariciones y fueron disminuyendo en las siguientes sesiones, por lo que pareciera que estas dos categorías se fueron construyendo conjuntamente, aunque sus frecuencias no fueron similares en todas las sesiones coincidió la aparición de estas dos categorías.

Por su parte la categoría relación entre hermanos aparece de la segunda a la cuarta sesión en repetidas ocasiones, tiene el mayor número de apariciones en la tercera sesión y el mínimo en la cuarta y se ubica como la tercera categoría con más mención al tener un total de 24 apariciones durante las más de ocho horas de entrevista. Por su parte la categoría historia de vida familiar fue otra de las que se encontró presente durante más sesiones de entrevista es decir se tocó por lo menos en tres de las cuatro sesiones, mientras que otros tópicos tuvieron aparición solo en una o dos sesiones.

Análisis por conteo de palabras

Para la presentación del análisis por conteo de palabras, es importante considerar que los turnos conversacionales de las participantes pueden no ser iguales a las veces que aparecieron los tópicos que compusieron las categorías de análisis por sesión. Esto debido a la extensión de los turnos conversacionales tanto de los entrevistadores como de la entrevistada. Sin embargo, se encuentran similitudes con respecto a la tabla anterior, ejemplo de esto al comparar el conteo de palabras por categoría y por sesión con la tabla 10, en el análisis por conteo de palabras se mantienen las primeras cuatro posiciones.

Tabla 11: Conteo de palabras por categoría y por sesión.

Tópico/ sesión	1	2	3	4	Total
Maternidad/ paternidad	503	6788	4164	4869	16,324
Estilos de crianza	3491	2751	2085	3169	11,496
Perspectiva sobre los hijos	----	2208	4833	1543	8,548
Historia de Vida familiar	----	5750	20	811	6,581
Condición de salud de las cuidadoras	----	984	20	193	1,197
Diagnóstico	454	----	----	283	737
Trabajo de las cuidadoras	----	563	----	----	563
Implicación de la familia nuclear y extensa	----	----	207	----	207

Tabla 11: se muestra el número de palabras utilizadas por Ale para cada categoría, por sesión, se resaltan las tres categorías que resultan más relevantes.

Respecto a la sesión número uno, son más extensos los relatos que hicieron referencia a los tópicos que se dirigían a las actividades cotidianas de su hija e hijo, incluyendo en estas: las actividades escolares como tareas, desempeño académico y las actividades que realizaban sus hijos en el pasado y en el momento en el que se realizaron las entrevistas, sin embargo para el resto de las sesiones va disminuyendo la extensión de estos relatos, contrario a lo que ocurre con la categoría que incluía los adjetivos que utilizaba la cuidadora para nombrar las actividades que debían cumplir como hombre o mujer con respecto a la crianza de sus hijos que tuvieron su menor aparición en la primera sesión de entrevista aumentando y teniendo su mayor aparición en la segunda sesión, para disminuir nuevamente durante la tercera y la cuarta sesión.

Las modificaciones que se observan respecto al orden de las categorías en la tabla 11 son una muestra de que los turnos conversacionales son más largos para algunos tópicos y en algunas sesiones, un ejemplo de esto se encuentra en la sesión cuatro donde uno de los tres turnos conversacionales que tiene Ale respecto a la perspectiva que tiene sobre sus hijos tiene una extensión temporal de 22:02 minutos, este turno conversacional comenzó en el minuto 18: 03 y

termino el minuto 40:23.

En el resto de las categorías se muestra un cambio de posición, como en el caso de la categoría de salud de las cuidadoras, que por el número de veces que apareció ocupaba el último lugar en la tabla de frecuencias, sin embargo, en la tabla 12 se muestra como sus turnos conversacionales fueron extensos y por lo tanto se ubica como la quinta categoría con relatos más extensos.

La categoría diagnóstico pasa a ocupar la sexta posición con un total de 737 palabras empleadas durante las cuatro ocasiones en las que aparece durante de las sesiones de entrevista, esta categoría es seguida en extensión de los tópicos que se refieren al trabajo de las cuidadoras que en el caso de Ale aparece solo en una de las cuatro sesiones con 563 palabras, después de estas dos categorías y como la categoría con relatos más cortos se ubicó implicación de la familia nuclear y extensa, que tuvo al igual que la categoría trabajo de las cuidadoras una sola aparición, pero con una extensión mucho menor, ocupando para el relato sobre este tema únicamente 207 palabras.

Análisis semántico:

Para este análisis se fueron identificando las palabras más frecuentes para cada uno de los relatos sobre la crianza, la maternidad, la paternidad y la percepción que tenía la cuidadora respecto de sus hijos, siguiendo los datos que se habían obtenido para el análisis por comparación constante. Cada una de las palabras utilizadas en los relatos ayudan a dar sentido y significado a lo que viven las personas en un momento determinado de sus vidas, esto se realizó mediante figuras en donde se concentran cada una de las palabras y se van uniendo de acuerdo con el tópico al que hacen referencia.

El resultado en el análisis semántico visualmente resulta paradójico debido a que la categoría que aparecía como la más relevante dadas las frecuencias de aparición y la extensión de los relatos es pobre en palabras, conceptos y adjetivos dado que resalta muy pocos aspectos, es decir se centra en las mismas cosas y enfatiza algunos puntos, contrarios a lo que se esperaba dado que por ser la primera en los análisis se pensaría que sería la que tendría una red de palabras mucho más extensa.

Mientras que la segunda categoría en relevancia tiene una red mucho más extensa y compleja y la tercera categoría tiene una red semántica mucho más amplia por lo que el análisis semántico

invierte totalmente las categorías, siendo la más relevante la forma en la que mira a sus hijos.

Las siguientes figuras muestran el análisis semántico realizado para las tres categorías que tomaron mayor relevancia para este caso, estas fueron “Perspectiva sobre los hijos” figura 2, “estilos de crianza”, figura 3 y “maternidad/ paternidad” figura 4. La lectura puede hacerse de izquierda a derecha, sin embargo, no es unidireccional dado que los relatos tampoco lo fueron por lo que puede iniciarse desde cualquier cuadro y seguir las líneas de conexión entre ellos.



Figura 2: Análisis semántico de la categoría perspectiva sobre los hijos, muestra la estructura del discurso referente a las formas de ser y actuar de cada uno de sus hijos.

La figura 2 permite tener más clara la composición de los relatos, que eran sobre todo de comparación dado que la cuidadora enfatizaba las diferencias que había entre sus hijos en cada una de las áreas en las que estos se desarrollaban, teniendo más relevancia los relatos que se dirigían hacia la historia académica desde que estaban en el kínder y hasta el momento de las entrevistas en el cual sus hijos cursaban el bachillerato y la universidad, acentuando sobre todo el presente.

Encuentra en el espacio escolar el mayor número de diferencias entre las formas de ser y actuar de sus hijos, desarrollando todo el relato respecto a lo que ella ha notado en ellos desde que eran pequeños tomando como referencia este ámbito, ella percibe a su hija a partir de las calificaciones que ha obtenido desde la primaria y que han sido siempre excelentes, sin embargo ella resalta que el desempeño académico de su hija es lo que las ha llevado a mantenerse un poco alejadas de las madres y de los otros niños, dado que ella los percibe como envidiosos ante los logros de su hija, resaltando sobre todo los comentarios que llegaban a hacer los niños con la intención de molestar a su hija.

Este tipo de calificativos que recibe la hija de Ale hacen que ella empiece a decirle que debe defenderse y no permitir que los otros niños la molesten, ella construye a partir de esto percepciones complementarias a las que ya tenía, concibe a su hija como linda, dulce e incapaz de dañar a alguien, por lo que le dice que se aleje de los niños que la molestan y la describe entonces como muy sola y con muy poco amigos dado que con las niñas “no puede socializar” y tiene una única amiga a lo largo de su vida, que resulta ser su prima por lo que no se aleja del núcleo familiar. Durante los relatos, se ubican relatos sobre la apariencia física de sus hijos que tienen relación para ella con la forma de ser de sus hijos.

Las descripciones anteriormente mencionadas contrastan con las que Ale hace respecto a su hijo varón ya que "con el todo ha sido diferente, a él no le gusta la escuela y es por eso que siempre han tenido una relación un poco complicada, ella enfatiza las diferencias desde el hecho de que su hijo perdía los colores y los materiales, desojaba los cuadernos, no anotaba las tareas y era muy distraído en la escuela por lo que ella menciona que con él siempre fue todo lo contrario solo recibía quejas, citatorios y su relación fue mediada por los regaños y las amenazas que estos incluían.



Figura 3: Análisis semántico de la categoría Estilos de Crianza, se resalta con colores diferentes cada uno de los ejes que compusieron esta categoría.

Con respecto a la figura 3 puede notarse que esta red semántica resultó un poco menos compleja, en esta se resalta sobre todo como ha sido cada etapa de sus hijos y como éstas se han relacionado con las actividades de la escuela, dado que debido a los horarios en los que iban a la escuela se iban estructurando sus rutinas, Ale comenta que tuvo a sus hijos en diferentes horarios escolares para poder ponerles la misma atención y dedicarles el mismo tiempo al momento de hacer las tareas escolares, es decir llevaba a sus hijos en horarios opuestos a su hija por la tarde y a su hijo por la mañana.

Ale menciona también que ella tomó la decisión de meterlos en kínder particular ya que desde su perspectiva los niños estaban bien atendidos y convivían con niños más cuidados, pero debido a la economía para el cambio a la primaria tuvieron que continuar sus estudios en escuela pública donde comenzaron a tener problemas con otros niños o con las maestras, ella resalta que siempre educó a sus hijos con respeto y que le molestaba que otros niños discriminaran, pusieran apodosos o hablaran mal de los niños.

Sin embargo ella reconoce que la labor como madre o padre no es fácil dado que es algo que no enseñan, ella menciona que como padres muy pocas veces saben escuchar a sus hijos y que es algo

que deben aprender para poder comprender a sus hijos que corresponden a otra generación y por lo tanto las formas de comunicación que deben utilizar para la crianza deben ser distintas a las que utilizaron con ellos cuando eran chicos, ella relaciona la comunicación deficiente con su hijo a la falta de su padre ya que ella considera muy importante la figura de varón que debería proporcionar su marido al estar presente en la crianza.

Las descripciones que se encuentran en los relatos de Ale sobre la participación de su marido en la crianza se dirigen principalmente a la crianza de su hijo varón, esto debido a que por el tipo de trabajo que el desempeñaba desde que se casaron pasa mucho tiempo fuera de casa y su comunicación con sus hijos se dio principalmente vía telefónica durante estos periodos donde él se encontraba trabajando, ella resaltaba que a pesar de la usencia ella se ha encargado de que su marido sea un padre muy querido y muy esperado por lo que no le hablaba mal a sus hijos de él y siempre le daba su lugar no solo como proveedor si no como autoridad en casa.

Considera que es su hijo varón quien más ha necesitado una figura masculina es decir a un padre como modelo a seguir, ella resalta que hubo cosas que ella como mujer no pudo enseñarle a su hijo, aunque considera que pueden hablar de cualquier tema, resalta que preferiría que su esposo se hiciera cargo de su hijo varón, desde que tuvieron muchos conflictos debido a su desempeño académico.

Estos conflictos con su hijo a su consideración la han rebasado e incluso llego a mencionar que ella se sentía incapaz de continuar educando a su hijo porqué ya había intentado de todo y nada le había funcionado, lo que le preocupaba por que a ella le hubiera gustado que su hijo concluyera mínimo la educación básica, es por eso que a medida que se fueron acrecentando los conflictos con su hijo ella comenzó a pedirle a su marido que se involucrara más sobre todo en los asuntos de su hijo y que sea él quien se haga cargo de él y de sus actividades escolares.

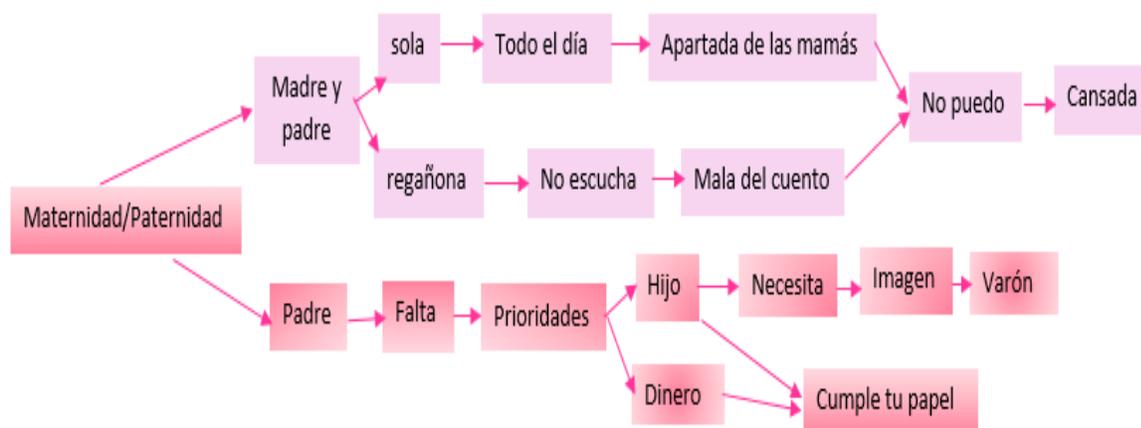


Figura 4: Análisis semántico para la categoría maternidad/ paternidad, los colores diferencian las actividades de los esposos, desde la perspectiva de quien relata.

A lo largo de los relatos que componen la categoría Maternidad/paternidad repite de forma constante lo que ella considera debería hacer su marido con respecto a sus hijos. Ella ubica que gran parte de los problemas que se han presentado con su hijo varón son una consecuencia de la ausencia de su esposo en la educación de sus hijos lo que la ha llevado a pedirle a su marido que se involucre más y que se haga cargo de sus deberes como padre.

En esta categoría se incluyeron también los relatos respecto a las interacciones que ella ha tenido con otras madres durante la etapa escolar de sus hijos, ya que ella resalta que dadas sus actividades nunca se quedaba a platicar con las otras madres ya que tenía mucho que hacer, por lo que no llegó a tener amigas en las escuelas en las que estuvieron inscritos sus hijos, ella comentaba que en alguna ocasión intentó integrarse con esos grupo de madres que permanecían fuera de la escuela mucho tiempo después de dejar a sus hijos, pero que las pláticas que ellas tenían no le parecían interesantes ni productivas y muchas veces solo se reunían para hablar mal de los profesores o de otras mamás por lo que prefería apartarse de ellas e irse a hacer su quehacer.

Estos relatos sobre las actividades que considera deben desempeñar como padre o madre dentro del hogar se relacionan de forma directa con la categoría estilos de crianza que resultó ser una de

las que tomo más relevancia, esto debido a que los relatos de estas dos categorías se entrelazaban al momento en el que Ale hacía descripciones más amplias sobre las formas en las que ella y su esposo se distribuían los trabajos o las tareas relacionadas con las actividades de sus hijos.

Caso 2: Azul

Los entrevistadores junto con Azul desarrollaron un total de tres entrevistas de entre media hora y hora y media, logrando con esto un total de 3 horas y 20 minutos de entrevista. Las entrevistas se realizaron después de que su hija recibió el diagnóstico y tratamiento, una vez que se encontraban reincorporadas en sus actividades cotidianas.

La hija de Azul es internada en un hospital psiquiátrico perteneciente a una institución pública, después de haber solicitado ayuda. La hija de azul fue atendida por diversos psiquiatras ya que no encontraban un diagnóstico que se adecuara a una joven “que se bañaba, se maquillaba y tenía excelentes calificaciones”, por lo que azul no recibió nunca un diagnóstico con exactitud.

Al momento en que la psiquiatra llama a Azul para comunicarle que su hija necesita atención, ella se encuentra viviendo en casa de sus padres, ya que se había separado de su marido 10 meses antes aproximadamente, ella decide regresar a su casa para apoyar a su hija, por lo que debe dejar su trabajo y buscar el apoyo económico en su familia principalmente, comenta que su principal apoyo fueron sus hermanos y sus hijos, ya que su marido no pudo estar presente todo el tiempo que su hija estuvo internada debido a su trabajo, pero que siempre estuvo pendiente de ellas mediante llamadas telefónicas y la acompañaba siempre a las visitas de los domingos y a las entrevistas con los psiquiatras.

A partir de las categorías derivadas de los tópicos de conversación entre Azul y los entrevistadores, se realizó el análisis de comparación constante y el análisis por conteo de palabras, la siguiente tabla presenta el conteo y el orden de aparición de los tópicos, de forma vertical se muestra el número de veces que se tocó el tópico por sesión, ejemplo: la sesión 1 muestra la aparición de siete de los tópicos de las nueve categorías existentes para el caso particular de azul, mientras que de forma horizontal se muestra como cada categoría fue apareciendo a través de todas las sesiones, encontrando como es que se desarrollan los tópicos por sesión de entrevista y en su conjunto.

Análisis por comparación constante

Tabla 12: Número de veces que se tocó un tópico por sesión con Azul

Tópico/ sesión	1	2	3	Total
Perspectiva sobre los hijos	7	5	8	20
Diagnóstico	11	1	5	16
Cuidados en casa	4	-----	5	9
Maternidad/ paternidad	5	3	1	9
Implicación de la familia nuclear y extensa	5	-----	4	9
Trabajo de las cuidadoras	-----	2	4	7
Estilos de crianza	-----	2	3	5
Condición de salud de las cuidadoras	1	-----	1	2
Historia de Vida familiar	-----	2	-----	2

Tabla 12: se resaltan con tres colores distintos las categorías que fueron más relevantes, estas fueron: perspectiva sobre los hijos, diagnóstico e implicación de la familia.

Ningún tópico se encontraba aislado de los demás todos se relacionaban y se construían en conjunto, sin embargo el hecho de encontrar tres categorías relevantes muestra cuales eran los intereses y las preocupaciones de las personas y los entrevistadores, a lo largo de las tres sesiones de entrevista, las categorías más relevantes fueron, las que hacían referencia a las formas de ser de y actuar de sus hijos y su hija, seguida de los relatos acerca de las experiencias que tuvieron a partir del diagnóstico, y cuáles fueron las actividades que realizaban en casa con sus hijas como una forma de prevención estas surgían principalmente como una alternativa o complemento del tratamiento médico.

Hubo algunas categorías que aparecieron el mismo número de veces durante las tres sesiones de entrevista, estas categorías eran las que hacían referencia a los adjetivos utilizados para nombrar las actividades que consideraban debían cumplir hombres y mujeres durante la crianza, estos tópicos junto con los relatos que incluían cómo fue que recibieron apoyo de su familia nuclear y extensa, fueron los que tuvieron un número total de apariciones igual al final de las tres sesiones.

Son tres las categorías que se tocaron durante todas las sesiones estas fueron: “perspectiva sobre los hijos” que tuvo un total de veinte apariciones durante las tres sesiones de entrevista, teniendo la mayor aparición en tercera sesión de entrevista, mientras que el número menor de apariciones se presentó en la segunda sesión de entrevista. Por su parte la categoría “diagnóstico” se ubicó como la segunda más frecuente y además estuvo presente durante las tres sesiones de entrevista teniendo el mayor número de apariciones en la primera sesión de entrevistas y al igual que la categoría “perspectiva sobre los hijos” el menor número de apariciones se presenta en la segunda sesión de entrevista con una sola aparición volviendo a aumentar el número de apariciones para la tercera sesión.

Para el caso de la categoría “implicación de la familia nuclear y extensa” aparece solo en la primer y tercer sesión teniendo su mayor número de apariciones en la primera sesión. En el caso de la categoría “maternidad/paternidad” aparece durante las tres sesiones de entrevista, teniendo su máxima aparición en la primera sesión, disminuyendo a uno en la segunda sesión y apareciendo nuevamente en la tercera sesión con tres turnos conversacionales.

Por su parte la categoría “cuidados en casa” tiene su mayor aparición en la tercera sesión con un total de cinco apariciones mientras, que en la primera sesión aparece únicamente en cuatro ocasiones y en la segunda sesión no se hace mención de esta.

En lo que refiere a la categoría “trabajo de las cuidadoras” se encuentra en la sexta posición con respecto al total de apariciones, esto debido a que obtuvo un total de siete apariciones durante las tres sesiones de entrevista, teniendo el mayor número de apariciones en la tercera sesión con cuatro

apariciones y el menor número en la segunda sesión donde se tocaron los tópicos que componen esta categoría.

La categoría “estilos de crianza” aparece un total de cinco ocasiones siendo la que ocupa la séptima posición de acuerdo con el orden obtenido en los puntajes que refieren a los totales con 5 apariciones, teniendo dos apariciones en la segunda sesión y tres en la tercera.

Las categorías que tomaron menor relevancia tanto para los entrevistadores como para azul fueron las que aparecieron en solo dos ocasiones durante las más de tres horas de entrevista que fueron las que correspondían a la condición de salud de las cuidadoras que tuvo descripciones sobre los tópicos que componían esta categoría en la primer y tercer sesión con una aparición en cada una de estas y la historia de vida familiar, que estuvo presente únicamente en la segunda sesión de entrevista.

Análisis por conteo de palabras

Es importante recordar que, para la presentación del análisis por conteo de palabras, se debe considerar que los turnos conversacionales de las participantes pueden no coincidir con el número de veces que aparecieron los tópicos que compusieron las categorías de análisis por sesión, esto debido a la extensión de los turnos conversacionales tanto de los entrevistadores como de las entrevistadas. Es probable que el orden en el que aparecían las categorías en la tabla 12 se inviertan o se vean modificadas debido a la extensión de los relatos.

Tabla 13: número de palabras utilizadas por Azul para cada tópico por sesión

Tópico/ sesión	1	2	3	Total
Diagnóstico	4,398	896	2,237	7,531
Perspectiva sobre los hijos	1,255	2,487	2,588	6,330
Cuidados en casa	847	-----	2,128	2,975
Implicación de la familia nuclear y extensa	1,175	-----	1,500	2,675
Maternidad/ paternidad	1,419	941	81	2,441
Estilos de crianza	-----	529	1,351	1,880
Trabajo de las cuidadoras	-----	624	1119	1743
Condición de salud de las cuidadoras	182	-----	318	500
Historia de Vida familiar	-----	470	-----	470

Tabla 13: Se muestran los datos obtenidos al calcular la extensión de los fragmentos recuperados de cada categoría, se resaltan con azul, verde y rojo las categorías que resultaron más relevantes.

Los datos en la tabla 13 cambian respecto a los datos mostrados en la tabla 12, esto nos da un indicio de la duración de los turnos conversacionales de la participante, la categoría “condición de salud de las cuidadoras” e “Historia de vida familiar” son las únicas que se mantienen en la misma posición en ambas tablas.

La categoría que ocupa ahora la segunda posición es la categoría en la que se incluían los relatos que buscaban hacer comparaciones entre las formas de ser de sus hijos varones y su hija mujer, seguida de los relatos hacían referencia a las actividades que realizaron con su hija como una forma de prevención y cuidado que resultaban ser una alternativa o complemento al tratamiento médico y los relatos sobre el apoyo que recibieron de su familia desde el momento en el que se presentan las crisis, en el caso de estas tres categorías el orden se modifica, dada la extensión de los relatos ejemplo de esto es la sesión dos donde en una de las apariciones de la categoría

maternidad/paternidad abarca del minuto 13:29 al 18: 13 lo que nos muestra un turno de conversación largo sobre un solo tema.

Seguida de esta categoría en posición respecto a la extensión de los relatos, se ubica la categoría que incluía los relatos que hacían referencia a las actividades cotidianas de su hija e hijos, incluyendo relatos que se dirigen hacia las actividades de la escuela, las tareas, el desempeño académico y las actividades en casa, tuvo cinco apariciones durante las tres sesiones de entrevista, las primeras dos apariciones de los tópicos correspondientes con esta categoría fueron en la segunda sesión con una extensión total de 529 palabras, mientras que para la tercera sesión donde aparecieron un total de 3 veces los relatos ocuparon 1351 palabras, dando esto un total de 1880 palabras.

Posterior a esta con 1743 palabras se ubicó la categoría “Trabajo” que tuvo siete apariciones durante las tres sesiones de entrevista, apareciendo en la segunda sesión en dos ocasiones con turnos conversacionales que abarcaron 624 palabras es decir los turnos relacionados con esta categoría fueron limitados y muy cortos, mientras que para la tercera sesión aparece por lo menos en cuatro ocasiones sumando con esto un total de 1119 palabras.

Análisis semántico

Para este análisis se fueron identificando las palabras más frecuentes para las categorías que resultaron más usadas por Azul siguiendo los datos que se habían obtenido para el análisis por comparación constante. Cada una de las palabras utilizadas en los relatos ayudan a dar sentido y significado a lo que viven las personas en un momento determinado de sus vidas, esto se realizó mediante figuras en donde se concentran cada una de las palabras y se van uniendo de acuerdo con el tópico al que hacen referencia.

Las siguientes figuras muestran el análisis semántico realizado para las tres categorías que tomaron mayor relevancia para este caso, que fueron “Diagnóstico” figura 5, “perspectiva sobre los hijos”,

figura 6 y “cuidados en casa” figura 7. La lectura puede hacerse de izquierda a derecha, sin embargo, no es unidireccional dado que los relatos tampoco lo fueron por lo que puede iniciarse desde cualquier cuadro y seguir las líneas de conexión entre ellos.

Las redes semánticas para este caso resultan ser similares en cuanto a la extensión y complejidad con la que se construyeron los relatos, estos estuvieron llenos de palabras, conceptos y adjetivos que utilizaba Azul para construir las narraciones que formaron parte de las categorías de análisis, visualmente este análisis aporta esa característica que permite tener una visión más clara de los tópicos y su relación y como a partir de esta se fueron desarrollando.



Figura 5: Análisis semántico de la categoría Diagnóstico, se presentan algunas de las palabras que utilizó Azul para describir la forma en la que percibía lo que decían los médicos respecto a lo que podría tener su hija.

Con respecto a la figura 5 resulta más clara la forma en la que se compusieron los relatos de azul con respecto a lo que podía o no tener su hija según el discurso de los médicos, ya que es a partir de este que se construyen, alternativas, preocupaciones e incluso interacciones entre otro tipo de profesionales y entre la familia, esto dadas las características del hospital donde estuvo internada la hija de azul, ya que este tenía reglas y requisitos particulares, dentro de los que se encontraban los periodos de visita, estas eran solo dos veces al día una por la mañana y una por la tarde, por lo que azul incluye relatos sobre lo que hacía mientras se encontraba esperando la visita de la tarde ya que resultaba más complicado y más costoso regresar a su casa y después volver al hospital.

Es por eso por lo que ella decidía quedarse y comer cerca de la clínica, durante estos periodos de tiempo azul aprovechaba para platicar con las madres de otros pacientes o entrar a algunas platicas que ofrecían en el hospital para proporcionar información sobre los medicamentos para algunos trastornos y cuáles eran las repercusiones que estos tenían para las personas.

Uno de los temas que aparece más durante los relatos de azul es el que hace referencia al desconocimiento que tenía acerca de lo que tenía su hija, ya que nunca le aportaban información precisa y para ellos su hija siempre era un caso raro, ya que sus características no correspondían con las características que incluían los manuales sobre algunos trastornos, desde este punto azul resalta las interacciones que tenía con los médicos dado que estos no encontraban explicaciones sobre lo que su hija podría tener y por lo tanto los citaron en varias ocasiones a entrevistas en las que hacían las mismas preguntas que para ellos como padres no tenían sentido, ni aportaban claridad sobre lo que podría estar pasando con su hija.

Sin embargo en las entrevistas con los profesionales, Azul descubre cosas que desconocía que le pasaban a su hija desde hace varios años y que ella como madre no lograba explicarse ni entendía cómo es que nunca se dio cuenta de esas cosas que los médicos le reportaban y que una vez que lo supo platicaba con su hija.

Como puede observarse en la figura 5 los relatos de azul que componen esta categoría se construían a partir de las descripciones sobre la relación que tenían con los médicos, pero se centraban sobre todo en la preocupación y el interés que tenían respecto lo que podía tener su hija y lo que deberían hacer para ayudarla, ya que al proporcionar los medicamentos y verla medicada ellos no consideraban que fuera la mejor opción continuar solo con los tratamientos farmacológicos que le proporcionaban, ya que lejos de observar alguna mejora la veían “drogada” y esto los preocupaba, sobre todo cuando su hija se encontraba en casa y los periodos entre consultas eran muy extensos.

Sin embargo, cabe resaltar que a pesar de que los relatos de Azul se dirigen más a las quejas o los relatos sobre las malas experiencias también resalta aspectos positivos de lo que les paso y lo describe como un bachecito, una prueba y una mala experiencia que los hizo unirse y recordar que tenía familia y que en cualquier momento podían necesitarse.



Figura 6: Análisis semántico de la categoría perspectiva sobre los hijos, se muestran las palabras que utilizaba azul para describir las formas de ser y actuar de cada uno de sus hijos ampliando sobre todo las descripciones sobre su hija.

Para esta categoría en particular azul tenía descripciones más amplias respecto a las formas en las que se relacionaban sus hijos desde pequeños de acuerdo a sus personalidades, ella resaltaba durante los relatos que ellos eran muy diferentes pero que siempre los había tratado igual y siempre trataba de ser igual con todos y comprarles lo mismo y que si no le alcanzaba para comprarle algo a los cuatro mejor no le compraba a nadie, ella menciona que su hija ve a sus hermanos mayores como un ejemplo a seguir, ya que ellos son buenos en los que hacen y les va bien.

A lo largo de estos relatos Azul describe las características de cada uno de sus hijos pero profundiza o amplía más los relatos que corresponden a su hija remarcando que es mujer y que es la más chica de los cuatro, pero que a pesar de eso siempre ha sido más independiente y más fuerte, describe también que a pesar de que el desempeño académico de sus hijos varones fue bueno el de su hija siempre fue excelente y desde la primaria tuvo diez, recibió diplomas, estaba en el cuadro de honor y obtenía el primer lugar lo que hacía que recibiera calificativos como: ñoña y matadita por parte de sus hermanos y sus compañeros de la escuela por lo que ella como su madre solo le decía que se defendiera y que les demostrara que podía.

Desde esas situaciones fue que azul comenzó a concebir el carácter de su hija como fuerte y con la capacidad de adaptarse y siempre defenderse e ir en contra de lo que no le parecía, demostrando que ella tenía mucha capacidad incluso en las actividades deportivas donde creían que ella no podía por su complexión física “delgadita, menudita, chaparrita”, azul resalta las conversaciones que llegaba a tener con su hija sobre sus amistades, sus relaciones de pareja, la escuela etc.

En esta categoría en particular Azul incorpora también los relatos en los que habla de cómo fue que su hijo mayor tuvo que tomar el lugar de padre y adoptar algunas responsabilidades y actitudes cuando su padre no estaba y ella necesitaba el apoyo sobre todo cuando de pequeños sus hijos llegaban a enfermarse, pero también al momento en el que su hija fue internada.



Figura 7: Análisis semántico de la categoría cuidados en casa, se muestran algunas de las palabras que aparecieron con mayor frecuencia en los relatos de azul para describir cuales fueron las actividades y preocupaciones una vez que su hija fue dada de alta.

Resalta los relatos sobre la impresión y las sensaciones que experimento como madre desde que le dijeron que necesitaba estar todo el tiempo con su hija dadas las características de lo que los psiquiatras encontraban en ella, hasta el día que ella la vio cortándose y toda sangrada o en la ocasión en la que se cayó por que se mareaba a causa de los medicamentos.

Los relatos que componen esta categoría se ajustan a dos tipos de cuidados y preocupaciones, el primer tipo puede incluir todos los cuidados que se relaciona de forma directa con las indicaciones que proporcionan los médicos y la institución de salud en la que estuvo internada la hija de azul, mientras que en el segundo tipo se incluye lo que correspondería al sentido común o a la búsqueda de alternativas que no se apegan a lo que los médicos dicen que debería hacerse, este tipo de cuidados se construye a través de las pláticas e interacciones que se tuvieron con los demás miembros de la familia.

En el primer tipo los relatos que se encuentran en las conversaciones hacen referencia principalmente a los medicamentos y los efectos secundarios que como padres observaban en su hija, describen esos efectos como que ella estaba “drogada” y proporcionan las descripciones sobre los medicamentos que subministraban que eran gotas y pastillas por las que debían ir a la clínica de forma mensual.

Su hija le dice que ya no quiere tomar el tratamiento y en este punto los relatos se centran en la decisión y en las estrategias que implementan para que ella pueda ir dejando el tratamiento, no sin antes consultar al médico si podía ir tomando menos dosis hasta que este ya no fuera necesario.

Sin embargo, esta decisión trajo consigo consecuencias que la llevaron al segundo tipo de cuidados estos se dan a partir del momento en el que se desarrollaron alternativas para disminuir las “ansias y la desesperación” que su hija sentía, dentro de estos cuidados también se incluyeron los tratamientos alternativos que según la perspectiva de azul no causaban ningún daño a su hija estos eran los tes, gotitas naturales, hojas de lechuga bajo la almohada etc. Azul toma la decisión de implementar este tipo de remedios ya que construye esta alternativa junto con su hermana y su madre, quienes buscan estrategias para ayudarlas a ella y a su hija.

Pero azul no solo desarrolla estrategias de cuidado a partir de las conversaciones con su hermana, sino también con el padre de su hija a partir de sus preocupaciones, aunque estas estrategias no les funcionan e incluso los psiquiatras les comentan que el esconder todo no resuelve nada, esto se los dicen después de que su hija reingresa al hospital por segunda vez ellos se encuentran más preocupados, pero esta vez su hija no quiere permanecer en el hospital, por lo que tiene nuevas preocupaciones y el hospital le solicita nuevos tramites entre los cuales se incluyen cartas donde como padres se deslindan de la responsabilidad que pudieran tener sobre su hija.

Caso 3. Abu C y Mama L

Para este caso la entrevista se realizó con la presencia de dos personas que se encontraban implicadas en el cuidado de una persona con un diagnóstico no constatado de enfermedad mental. La nieta de Abu C acude al psiquiatra sin recibir un diagnóstico constatado, durante la entrevista ellas mencionan como se han ido modificando las formas en las que se relacionan y cuales han sido sus principales preocupaciones y actividades desde antes del diagnóstico y hasta después de este.

Mama L es madre soltera y es por eso por lo que su principal apoyo son sus padres, ya que ellos le ayudan con la casa y con sus hijos mientras ella sale a trabajar para ser el sustento económico de su familia, mama L acompaña a su hija a sus actividades en sus días libres. Con base en las categorías derivadas de las conversaciones entre Abu C y Mamá L con los entrevistadores, se realizó el análisis de comparación constante y el análisis por conteo de palabras, a continuación, se presentan las tablas con los datos derivados de la conversación.

Análisis por comparación constante

Tabla 14: Número de veces que se tocó un tópico por sesión con Abu L y Mamá C.

Tópico/ sesión	1	Total
Perspectiva sobre los hijos	7	7
Estilos de crianza	2	2
Diagnóstico	2	2
Maternidad/ paternidad	2	2
Trabajo de las cuidadoras	2	2
Cuidados en casa	1	1

Tabla 14: Se muestra el número de veces que aparece un tópico en la sesión, se resaltan con tres colores distintos las categorías que resultaron más relevantes.

En la tabla 14 se encuentra la relevancia que tomo cada categoría para los entrevistadores y las entrevistadas, siendo la categoría que incluía los relatos hechos a partir de la comparación de las formas de ser y actuar de sus hijos la que resulto más relevante, seguida de la categoría que se compuso por las narraciones que desarrollaron a partir de lo que genero el diagnóstico que tuvo dos apariciones, el mismo número que las descripciones sobre las actividades que realizaban para obtener ingresos y las descripciones entorno a las actividades cotidianas que tenían sus hijos y nietos haciendo referencia a la escuela, las tareas del hogar y el desempeño académico, mientras que la categoría que hacía referencia a las formas de prevención y cuidado que surgen como complemento al tratamiento médico solo aparecen en una ocasión.

Análisis por conteo de palabras

Tabla 15: número de palabras utilizadas por Abu C y Mamá L para cada tópico por sesión.

Tópico/ sesión	1	Total
Perspectiva sobre los hijos	1984	1984
Estilos de crianza	782	782
Diagnóstico	408	408
Trabajo de las cuidadoras	225	225
Cuidados en casa	156	156
Maternidad/ paternidad	90	90

Tabla 15: número de palabras utilizadas por Abu C y Mamá L para cada tópico en la sesión de entrevista, se resaltan las tres categorías que resultaron más relevantes.

A diferencia de la tabla 14 que solo muestra las frecuencias de aparición de los tópicos que componen las categorías de análisis, esta tabla del caso Abu C y Mamá L permite observar las diferencias que se presentan al momento de analizar la extensión de los relatos, a partir del conteo de palabras. La categoría “perspectiva sobre los hijos” mantiene su posición es decir sigue siendo

la categoría más relevante para las entrevistadas y los entrevistadores, mientras que las categorías que tenían el mismo número de apariciones se ven modificadas por la extensión que tienen los relatos.

Como la segunda categoría más relevante desde el conteo de palabras aparece la categoría estilos de crianza que tiene 782 palabras que conforman los dos relatos que compusieron esta categoría para el caso particular de Abu C y Mamá L, siguió a esta categoría, “Diagnóstico” con dos relatos compuestos por 408 palabras, mientras que la categoría “trabajo de las cuidadoras” tuvo una extensión de 225 palabras durante sus dos apariciones.

Para el caso de la categoría “cuidados en casa” se utilizaron 156 palabras para describir algunos tópicos sobre esta categoría, siendo la categoría que tuvo relatos más breves dado que el total de 156 palabras se obtuvo de la extracción de dos relatos mientras que para la categoría maternidad/paternidad se tuvieron 90 palabras en una sola aparición.

Análisis semántico:

Para este análisis se fueron identificando las palabras más frecuentes para cada uno de los relatos que resultaron relevantes durante la sesión de entrevista, siguiendo los datos que se habían obtenido para el análisis por conteo de palabras. Cada una de las palabras utilizadas en los relatos ayudan a dar sentido y significado a lo que viven las personas en un momento determinado de sus vidas, esto se realizó mediante figuras en donde se concentran cada una de las palabras y se van uniendo de acuerdo con el tópico al que hacen referencia.

Las siguientes figuras muestran el análisis semántico realizado para las tres categorías que tomaron mayor relevancia para este caso, que fueron “Perspectiva sobre los hijos” figura 8, “Diagnóstico”, figura 9 y “Estilos de crianza” figura 10. La lectura puede hacerse de izquierda a derecha, sin embargo, no es unidireccional dado que los relatos tampoco lo fueron, por lo que basta con seguir las líneas de conexión entre los tópicos y las palabras.



Figura 8: Análisis semántico de la categoría perspectiva sobre los hijos, se muestran algunas de las palabras que aparecieron con mayor frecuencia en los relatos de Abu C y Mamá L para describir a partir de sus percepciones a sus hijos o nietos respectivamente.

Ellas describen a su hijo y nieto respectivamente como cariñoso, dado que ellas comentan que cuando él regresaba de la escuela llegaba y las abrazaba, las cargaba y les daba besos, además de que a él le gustaba mucho llegar a platicar con ellas, mientras que su hija y nieta no, ella era más seria y no expresaba tan fácil su cariño.

Al hacer los relatos sobre su hija y nieta, son marcadas las diferencias que hacen entre ella y su hermano por lo que en estos relatos Abu C y mamá L describen las diferencias que han ido teniendo como hermanos dadas sus personalidades, dicen que el problema más recurrente es que su hija/nieta es muy mandona y quiere tener todo en orden y él siempre le dice que él no va a hacer lo que ella diga, por lo que llegan a tener conflictos por que su hija quiere tener todo en orden y se comporta como si ella fuera la mamá y les da órdenes a todos e incluso ha llegado a regañarlos.

Estas acciones y formas de relación que tiene la hija de mamá L hacen que ellas tengan una percepción de ella como una mujer con carácter fuerte, pero con una autoestima baja, tanto la madre como la abuela relacionan la autoestima con el desempeño académico de su hija o nieta ya que ellas dicen que a partir de que ella no obtenía la perfección empezaba a cambiar su carácter y se enojaba.



Figura 9: Análisis semántico de la categoría diagnóstica, se muestran las palabras que estuvieron presentes en los relatos de mamá L y Abu C respecto a la información que recibieron por parte del psiquiatra.

Para la categoría diagnóstica en el caso particular de Abu C y mamá L, se resaltan sobre todo los relatos que hacen las descripciones sobre las formas de ser de su hija y nieta que ellas suponen tienen una relación directa con lo que dicen los médicos que ella podría tener, describen el diagnóstico a partir de los cambios que fueron observando en la actitud y el comportamiento de su hija, mamá L resalta que su hija había estado normal hasta que para ella todo empezó a ser perfección, que fue cuando su hija quería tener todo perfecto en la escuela y en la casa e incluso la regañaba por ser desordenada, resaltan que el diagnóstico transformó su forma de relación con su hija y entre ellas.

Mamá L resalta que desde que su hija estaba en la primaria ella siempre iba con ella a los museos o a los lugares a los que la mandaban y que incluso ella la llevaba a la escuela en la que cursaba el idioma y por lo tanto pasaba tiempo con ella y en ese tiempo su hija hacía comentarios sobre su aspecto físico o resaltaba que a ella no la querían, que les estorbaba y que eran pobres, este tipo de palabras eran las que desconcertaban a mamá L, mientras que Abu C comentaba que en casa también hacía ese tipo de comentarios pero iban más enfocados a decir que no había para pasar por algún espacio porque estaba gorda y que por ese motivo quería que le quitaran la matriz para estar delgada y bonita como su mamá.

Ellas mencionan que, a partir de las sesiones con el psiquiatra, pero sobre todo con el psicólogo ellas la habían visto más tranquila, aunque seguían sin saber que hacer o que decir cuando ella hacia ese tipo de comentarios, mencionan que una de las estrategias que emplearon fue que siempre que ella pedía disculpas, ellas le decían que ya no la iban a disculpar y que ya no querían escuchar esas palabras, intentando con eso reestructurar la relación que se había venido construyendo a partir del diagnóstico pero que siempre la situación las ponían tensas y no les quedaba más que seguir y aceptar.



Figura 10: Análisis semántico de la categoría estilos de crianza, se muestran las palabras que estuvieron presentes en los relatos de mama L y Abu C respecto a la crianza.

En esta categoría aparecen relatos que remarcan el contraste entre dos formas diferentes de afrontar la crianza a partir de dos cortes generacionales distintos, ya que para Abu c la crianza debería corregir a partir de regaños, pero su hija no lo hace de ese modo por lo que ella considera que es mejor no meterse en la crianza porque ella no es la mamá y el hacerlo les trae problemas y discusiones, que en ocasiones llagaron a ser tan fuertes que dejaron de hablarse por largos periodos de tiempo, ya que a mamá L le molesta como les habla su madre a sus hijos.

ANALISIS POR CASO

Según Payne (2002) los relatos de las personas siempre se sitúan en un inter juego entre presente, pasado y futuro, si consideramos lo dicho por este autor ese inter juego se presenta en cada uno de los casos, ya que a partir de un evento particular se empieza a ubicar algo que resulta ser un problema para las cuidadoras por la manera en la que sitúan, describen o asumen lo que sus hijas “eran” antes del diagnóstico y lo que desde el diagnóstico les presentan ahora.

Las categorías compuestas por estos relatos se construyen en diferentes direcciones y son el marco de las interpretaciones, es decir acotan la interpretación de la información más la información sobre “la enfermedad”, por lo que la información que aquí se presenta, se construye a partir de lo que se escribe sobre la enfermedad y las categorías de la persona, las interpretaciones en este sentido no son interpretaciones libres.

Con el primer tipo de análisis se buscaba obtener información sobre cómo se distribuyen los tópicos por frecuencias, sin embargo; la frecuencia en términos numéricos no era el principal interés, la representación numérica, simplemente permitió observar la importancia o relevancia que se le dio a los tópicos de conversación, es decir, es un índice de la importancia que tiene para la persona recuperar información o regresar sobre un tópico.

Repetir ciertos aspectos de su vida que toman relevancia para ellas, no se trataba solo de hablar o de retomar los tópicos en aislado, más bien, funcionaban como un intento por justificar o entender ciertas cosas, sucesos o aspectos de su vida, mientras que algunos otros relatos que fueron menos frecuentes funcionaban como accesorios para ellas en su narración es decir solo complementaban algún otro tópico o buscaban aportar significado o ubicar el origen de ciertas formas de pensar o actuar.

Es por esto por lo que algunos temas se platicaron más que otros y consumieron más tiempo, lo que se refleja en el análisis por conteo de palabras, con el número de palabras por tópico, este segundo tipo de análisis permitió confirmar que ciertos tópicos o ciertas categorías eran

más frecuentes y con esto se hicieron más evidentes los datos que permitieron elegir lo que se debía presentar como el análisis semántico poniendo en este la secuencia lógica de los fragmentos que dieron sentido a las categorías, desde aquí se ilustran las formas de pensamiento, esas maneras de pensarse de la persona en un momento particular de su vida.

Análisis del caso Ale

En contraste con una de las hipótesis que se tenían al principio del trabajo sobre que las cuidadoras centrarían sus relatos en el diagnóstico y los cuidados, se pudo notar que en el caso de Ale la hipótesis no se cumple dado que tanto sus relatos más extensos y frecuentes son los que se centran en otras categorías diferentes a “diagnóstico” y a las que se relacionan de forma directa con este, un primer análisis nos muestra que existe una necesidad de buscar en el pasado la explicación de lo que paso con su hija, regresando con sus relatos a la infancia de su hija para construir y deconstruir el relato fragmentando cada etapa y cada actividad que vivió y realizo con sus hijos, buscando sobre todo en la crianza que es lo que pudo fallar para que su hija recibiera un diagnóstico de enfermedad mental, aunado a esto existe una reflexión o búsqueda de información que le diga cómo se debe ser una buena madre y con esta comprobar si lo que ha hecho ha estado bien o mal.

Se elaboraron nueve categorías generales que tomaron distinta relevancia para cada una de la participante los datos que se encuentran en las tablas 10 y 11 permitieron tener más claridad acerca de cuáles fueron los relatos que resultaron más relevantes en cada una de las conversaciones y a lo largo de la serie de entrevistas, siendo las categorías más relevantes “Maternidad/paternidad”, “estilos de crianza” y “perspectiva sobre los hijos”.

Esto es un indicador de cuáles eran las preocupaciones e intereses de la participante y como junto con los entrevistadores, se fue desarrollando el discurso mediante el cual ella iba tratando de encontrar y de explicarse que era lo que le había pasado a su hija, buscando sobre todo en las conversaciones las causas de esos cambios que ella había observado desde antes del diagnóstico y como estos tomaron relevancia o no, cambios a los que ni con la presencia de los profesionales de la salud supo cómo enfrentarse y por lo tanto buscaba con sus

narraciones encontrarles un sentido, como si cada vez que lo narrara encontrara algo diferente o algo de lo que no se había percatado con anterioridad y que le permitiera acercarse un poco a entender lo que le había pasado a su hija.

En lo que refiere a la categoría que tuvo frecuencias mayores y los relatos más extensos que fue “Maternidad/Paternidad” se encuentran los relatos dirigidos hacia las formas en que la cuidadora considera que se debe ser padre o madre, es decir proporcionan descripciones sobre cuáles son los roles que considera que deberían cumplir hombres y mujeres respecto a los hijos, en esta categoría los relatos de Ale se centraban sobre todo en las descripciones de los periodos en los que su marido a causa de su trabajo se encontraba fuera de casa y por lo tanto no cumplía con las cosas que desde su percepción, construida a partir de sus propias experiencias le corresponden a un padre, eso para Ale podía afectar de forma directa a sus hijos.

Sobre todo, en la parte emocional, ya que en sus relatos que hacen alusión a su historia de vida familiar resalta que a ella si le hizo falta el consejo y el cariño de un padre y eso la hizo sentirse sola en muchas ocasiones, cosa que no le hubiera gustado que les pasara a sus hijos, pero que considera les ha pasado y esa falta pudo ser uno de los factores que detono los problemas que han tenido sus hijos a lo largo de los años, es por eso que existe una constante repetición sobre los relatos que enfatizan las actividades que para ella deben cumplir los padres y las constantes exigencias que ha hecho a su marido para que cumpla con estas actividades.

Por lo tanto le daba mucha importancia a la presencia de su esposo en la crianza de sus hijos, justificando estos relatos a partir de la necesidad que ella considera tenía su hijo varón de una figura masculina en la casa, durante los relatos que ella hizo se describía como una madre sola ante las circunstancias de la vida cotidiana con sus hijos, enfatizando que le resulta más sencillo cuando se trata de su hija, porque cuando se trata de su hijo menciona que por ser varón “necesita a su padre” para que le enseñe como es que debe comportarse, se retoman algunos fragmentos que ilustran el contenido de los relatos que ilustran la categoría:

Ale dice:

Así se va incorporando él en las actividades de su papá, hay muchas hay muchas cosas que podría hacer con Emiliano y mi esposo también es muy cariñoso, pero no está...y yo decía cómo le voy a enseñar a Emiliano yo me hallaba en ese conflicto de decir hijole y observé eso de mis vecinos y dije el Rayan es el niño que se paraba así igualito que su papá bien chistoso y yo le decía Coco y ya le decía pipí ya cuando empiezan a tener control de los esfínter a mí se me hacía un poco incómodo cómo decirle y ya le dije: Rayan ven no seas malito y yo le decía enséñale cómo hacer pipí a coco, “sí” me dijo luego, ahora sí que váyanse para allá atrás y dile como... y como una o dos veces yo le pedí al niño que le enseñara y ya cuando estaba mi esposo ya yo le dije que crees que le dije al rayan que le enseñaré a coco a hacer pipí.

Durante las narraciones resaltaba sobre todo las dificultades que se le presentaban con su hijo como el explicarle o enseñarle las cosas que considera que solo corresponden a los varones, por lo que ella busca alternativas para que su hijo aprenda con ayuda de otros varones lo que debería enseñarle su padre, según la perspectiva que tiene sobre la paternidad y las funciones del padre, marcando la diferencia entre el enseñarle a su hija mujer y a su hijo varón, no solo refiere la importancia que tiene para ella que su esposo esté presente en casa para enseñarle cosas a su hijo varón, si no que enfatiza que les ha hecho falta también para reprenderlos y corregirlos.

Puede leerse entre líneas en su relato que a partir de la ausencia de su marido busca explicarse como pudo relacionarse con el diagnóstico de su hija, por lo que estos relatos que se construyen alrededor del trabajo de su marido y el tiempo que pasaba con sus hijos para ella resulta una posible parte de esa etiología que ella pretende estructurar a partir del análisis de la participación de ambos en la vida de sus hijos.

Aunado a esto resulta evidente que los relatos se encuentran marcados por la ideología de género, dejándole cosas como reprender a los hijos, la enseñanza y la convivencia con su hijo varón a su marido, encontrando puntos de coincidencia con sus relatos con la categoría “estilos de crianza” que fue la que ocupó la segunda posición en cuanto relevancia y que va de la mano con esta categoría, ya que se incluyeron relatos sobre las actividades cotidianas de sus hijas/hijos incluyendo las que hicieron referencia a la escuela, tareas, desempeño

académico y actividades en casa, pero dirigidas a el papel que han tenido como padres para el desarrollo de estas áreas, desde el pedirles ayudada para que se impliquen en las tareas del hogar, hasta hablar con ellos sobre la escuela, ayudarles con las tareas escolares, asistir a juntas y relacionarse con otros padres y madres de familia, así como con los profesores. En esta categoría se ubicaron principalmente los fragmentos que se relacionaban directamente con aquellas cosas que ella considera, hicieron para enseñar y orientar a sus hijos.

Ale enfatiza en varias ocasiones durante sus narraciones los problemas que se le presentaron conforme sus hijos fueron creciendo y que no corresponden con los resultados que ella esperaría a partir de la forma en la que considera que ha hecho las cosas para guiarlos y enseñarles a hacer las cosas, sobre todo las tareas del hogar, donde sus narraciones estaban compuestas por constantes quejas sobre que sus hijos no hacían las cosas como ellas se las había enseñado aun cuando ella había ocupado mucho tiempo y paciencia en enseñarles de la mejor manera posible y explicarles paso por paso lo que debían hacer, estas narraciones estuvieron acompañadas de las comparaciones constantes sobre las formas de ser de cada uno de sus hijos y como estas le han hecho más complicadas o más sencillas las tareas de la crianza con cada uno de ellos.

Ale dice:

A veces los tenía a los dos en el mismo horario de tarea pero fue donde debido a que Emiliano era muy difícil, que ya no hacen la tarea juntos porque traíamos a Fernanda y empezaban los gritos de no, las desesperaciones con Emiliano que no quería leer, a la fecha no le gusta leer y así fue entraba yo a la escuela con mi chamaco chinito y luego ya que te dejaron de tarea “nada” de veras nada, no nada vámonos y ya llegamos a la casa y no había hecho casi cosas, las cosas a la mitad, mal hechas, los cuadernos todos deshojados.

Menciona las formas en las que ha ido enseñando a sus hijos a realizar diversas actividades, y como es que ella se ha implicado con ellos de formas distintas, rescata sobre todo las diversas cosas que ha hecho con cada uno de ellos a partir de que “hacer las cosas igual con los dos” no le resulto, recupera algunas experiencias de su pasado para justificar las formas en las que ella ha decidido criar a sus dos hijos.

Narra las formas en las que se ha ido implicando en el proceso escolar de sus hijos, desde comprarles materiales, uniformes, ayudarles a hacer la tarea, llevarlos a la escuela, hasta las formas de socialización que ha tenido con otras madres y maestras, sobre esto hacía alusión a la poca relación que establecía con las madres de otros niños debido a que ella no compartía ningún interés con ellas y aunque ella intentaba incorporarse en esos grupos de madres que permanecían charlando en la escuela nunca se sintió cómoda y por lo tanto regresaba a casa a hacer sus quehaceres o a trabajar. Ella relaciona esta falta de interacción con otras madres como una de las causas de que su hija no sea “amiguera” y tenga un círculo social muy reducido, dado que considera que comparten las mismas formas de ser porque eso es lo que ella le ha enseñado como madre a “ser apartada”.

Los fragmentos recuperados para cada una de las categorías, permiten tener más claridad sobre cómo se relacionan estas tres categorías, dado que resulta constante la comparación entre las formas de ser de su hijo varón y su hija mujer, incluso cuando los relatos se dirijan a los tópicos que correspondían a las dos categorías que ocupan las primeras posiciones, ella utilizaba para ampliar sus relatos, algunas de las diferencias que ella percibe entre sus hijos y como a partir de eso ella consideraba necesaria la implicación de su marido o utilizar distintos métodos con cada uno.

En los relatos marca diferencias respecto a las formas en las que percibe a sus hijos tomando como referencias la escuela, que es donde ella ha encontrado más diferencias dado que a su hijo “no le gusta la escuela” y esto ha sido un motivo que ha causado conflicto entre ellos, dado que en la escuela siempre ha recibido quejas y con él tiene constantes discusiones porque él no quiere seguir estudiando, pero ella percibe la escuela como algo indispensable para que ellos puedan tener un trabajo, esta es una de las preocupaciones que ella más resalta, dado que su hija siempre ha destacado en este espacio.

Estas comparaciones resultan ser otra posible línea de esa etiología que busca ir completando con el fin de entender las cosas que llevaron a su hija a recibir un diagnóstico en el área de la salud mental, pero las comparaciones sobre todo muestran un intento de explicarse por qué

el diagnóstico lo recibe su hija que era la fuerte, la independiente, la inteligente, etc. y no su hijo varón que era el con el que siempre habían tenido más problemas por su conducta y era por lo tanto el que recibía más regaños y castigos.

Se resalta la historia de vida familiar dado que resulto importante para las tres categorías antes mencionadas dado que justifica sus conceptos sobre la crianza con muchas de sus experiencias del pasado como hija, como tía e incluso como hermana, es por eso por lo que se incluyen relatos sobre las relaciones que tenía en su pasado con sus padres y hermanos.

A lo largo de los relatos se recupera la forma en la que en la que se fue implicando en los cuidados y el ámbito hospitalario a raíz de los cuidados de su madre, en varias ocasiones ella resalta que tuvo que crecer muy rápido y que en este proceso ella se sintió sola y por lo tanto tuvo una vida muy difícil, ella justifica muchas de sus formas de crianza con las experiencias que tuvo en el pasado, incluso llega a comentar que muchas de las estrategias que utilizaba su mamá para la crianza las ha recuperado ella. A partir de sus experiencias resalta la necesidad de un padre en la crianza, ya que ella considera que a ella le hizo mucha falta.

Las categorías que tuvieron números menores de apariciones como en el caso de la categoría diagnóstico, que era la que se esperaba estuviera presente en mayor medida a lo largo de las entrevistas se ubicó como una de las menos frecuentes, sin embargo los relatos que se enfocan en otras cosas, pareciera que buscan explicarse de donde surge el diagnóstico, tratando de explicarse estos cambios que ha tenido su hija y tratando de encontrar las causas de lo que está pasando su hija.

Ale dice:

Estamos en una sociedad en la que creemos enfermedad, padecimiento diagnóstico nada más es del cuerpo, de la cabeza no. Entonces como que nuestra sociedad es como que muy marginado tachado si está loco cómo que realmente no sabemos cuál es el concepto de locura entonces que me diría usted o cómo lo maneja usted... de niña se le había presentado en dos ocasiones cuadros de como de depresión supongo, recuerdo esas dos ocasiones muy bien así que nosotros como padres pues atribuimos que era una tristeza, por tener un desconocimiento de cómo tratarla es mi primera hija, mi hija mayor yo nada más tengo dos hijos pero es la mayor repito entonces sí nos consternó y nos alarmó mucho desde la primera vez que ella se sintió así.

Este fragmento recuperado de las conversaciones permite recuperar el planteamiento central de este trabajo, acerca del desconocimiento que tienen los cuidadores sobre cómo enfrentarse a un diagnóstico que no corresponde al cuerpo, sobre todo dada la poca información que como padres o cuidadores tienen disponible y con ello el poco entendimiento que tienen sobre la situación, como enfrentarse a esta o con que profesionales acercarse a pedir ayuda.

A pesar de que los relatos que hacen referencia al diagnóstico son pocos y muy limitados en cuanto a su extensión precisan información que permite hacer un análisis de las formas en las que como cuidadora se enfrentó a este tipo de diagnósticos, pero sobre todo sobre la construcción que se va haciendo respecto de lo que los médicos dicen que podría estar presente en su hija, desde aquí que se empiecen a presentar las relaciones con los diferentes profesionales con los que se relacionan en el hospital, para ella resulta conflictivo que los médicos no le expliquen de manera clara que es lo que está pasando con su hija, que ocasiono eso que tiene su hija y que es lo que debe hacer para resolver lo que está pasando.

Ale dice:

Me peleaba yo con los doctores porque no están acostumbrados a explicar, yo me grababa los nombres, lo que pasaba, siempre trataba de estar muy atenta muy atenta que no se me pasaba nada y sí me acuerdo de muchas cosas por eso le digo yo hubiera sido buena enfermera o doctora o no sé. Más que nada porque yo estaba muy familiarizada con los hospitales los doctores del seguro no están acostumbrados a que los familiares de los pacientes los interroguen.

Esto permite ver las formas en las que los tópicos de conversación se transforman dando más relevancia a ciertos temas o relacionándose con las experiencias del pasado como una forma de justificar el presente, sobre todo cuando se trata de las interacciones y las formas de enfrentarse a los procesos de hospitalización en los servicios de salud pública, que por los relatos pareciera que la institución es un determinante en las formas en las que se dirigen a ellos pero sobre todo en la atención.

Este fragmento además de ser una descripción de la percepción que tenía respecto de los médicos a partir de sus interacciones con ellos, se relaciona con los múltiples diagnósticos que recibe su hija y las experiencias que tiene, se une y hace referencia a las veces en las que se vio implicada con los profesionales de la salud, recurriendo sobre todo a los relatos sobre la categoría “Historia de vida familiar”, donde en el caso particular de Ale se recuperan sobre todo los relatos sobre las enfermedades que padeció su mamá y los cuidados que estas implicaban, haciendo especial énfasis en los tiempos y las ocasiones en las que ella se vio inmersa en el ambiente hospitalario encontrando las mismas dificultades de comunicación con los médicos a pesar de que los padecimientos se centraban en el cuerpo.

Análisis del caso Azul

Para el caso de Azul la hipótesis planteada al inicio del trabajo se cumple dado que la categoría “diagnóstico” resulta ser una de las más importantes, no solo en las frecuencias de aparición, sino que también es la categoría que tiene los relatos más extensos y aparece durante todas las sesiones de entrevista, es decir los relatos si se centran sobre todo en el diagnóstico y los cuidados.

Se recuperaron algunos fragmentos que permiten tener más claras las formas en las que la hija de Azul recibió la atención especializada en el hospital psiquiátrico y como la información recibida, las interacciones que iban teniendo con los médicos y las visitas que le hicieron a su hija en el hospital fueron dirigiendo la toma de decisiones y generando nuevas alternativas y preocupaciones, que involucraban a más miembros de la familia y no solo de la familia nuclear sino también de la familia extensa, ya que a raíz del diagnóstico se genera una serie de transformaciones en las actividades de Azul.

Estas reestructuraciones son principalmente debido a que en el momento de la llamada se encontraba viviendo lejos de sus hijos y su marido, ella vivía con sus padres y trabajaba cerca de ahí, es por eso que antes de regresar a su casa con sus hijos y su esposo consulta con sus padres y pregunta a sus hijos si la apoyarían de manera económica para poderse salir de trabajar, es por eso que para ella toma relevancia el apoyo que ella y su hija reciben en el

tiempo que se encuentran en el hospital dado que este no solo es de tipo emocional, sino también recibe apoyo económico por parte de sus hijos y hermanos.

Resalta el apoyo de su hermano que se encuentra en el extranjero debido a que él enviaba dinero para ayudarlos a solventar los gastos que tuvieron que hacer una vez que internaron a su hija, gastos que estaban enfocados en los pijamas y requerimientos que tenía el hospital como los elementos de aseo personal, los pasajes y las comidas dado que Azul se quedaba a ambas visitas en el día, es decir pasaba todo el día fuera de casa y por lo tanto tenía que comer fuera de casa y al no estar ella su esposo e hijos también.

Se presenta el análisis recuperando la información correspondiente a cada categoría, se presentan en el orden de relevancia que tomaron en el análisis por comparación constante y por conteo de palabras, que resulta ser el mismo que en el análisis semántico, por lo tanto la primer categoría de la que se hace mención es “perspectiva sobre los hijos” que fue la que tomo mayor relevancia incluyendo relatos sobre las formas de ser y actuar de sus hijos y su hija, construyendo sus relatos con las diferencias que ella noto desde que ellos eran muy pequeños y como fueron creciendo.

En la mayor parte de sus relatos, Azul marca las diferencias que ella fue descubriendo entre sus cuatro hijos, en todos los ámbitos en los que ellos se desarrollaban pero sobre todo hace énfasis en las actividades académicas y en las formas en las que sus hijos se llevan, ella menciona que solo a uno de ellos no le gusto estudiar, pero que a los demás si, sin embargo resalta que su hija siempre fue de la escolta y tuvo un promedio excelente desde que estaba en la primaria, considera que a pesar de las diferencias su hija ve a sus hermanos como ejemplo a seguir y como una motivación, a lo largo de la serie de entrevistas Azul resalta las características particulares de cada uno de sus hijos varones relacionándolas o contrastándolas con las características de su hija mujer.

Azul dice:

“Ella siempre ha sido como retraída de hecho desde bebé, yo a mis hijos que son hombres siempre de bebés los poníamos en medio de mi esposo y yo y ella nunca pudo dormir así, ella dormía arriba de las almohadas y ya lo que hicimos fue comprarle una cama, es la única mujer y es la más chica de cuatro hijos, tres hombres y ella fue la única que no durmió en medio de nosotros y siempre fue así como que muy independiente porque si tenía sueño iba y se dormía, si se sentía mal, yo me daba cuenta que se sentía mal porque iba y se acostaba pero no me decía mamá me duele o como los otros que me estaban ahí jale y jale y llorando”

Estas descripciones pareciera que funcionan como una introducción a los relatos en los que busca explicarse que es lo que le paso a su hija, dado que por la forma en la que ella la percibe eso no debería pasarle incluso llega a mencionar que ella se lo hubiera esperado de sus hijos pero de ella nunca, desde aquí que es probable que las descripciones que hace azul como un punto de comparación entre sus hijos y su hija que le permiten buscar esa explicación de que es lo que pudo pasar.

Hace descripciones acerca del carácter de su hija resaltando que dada su forma de ser, su desempeño académico, sus gustos, sus actividades ella no daba señales de poder tener alguna enfermedad o algo que necesitara la implicación de algún profesional de la salud que estuviera relacionado con la mente, desde aquí que todos los relatos que se centran en las formas de ser de sus cuatro hijos la terminan llevando a los relatos que se relacionan con el diagnóstico que recibe su hija y como este no corresponde con la hija, la hermana, la sobrina, la nieta que ellos creían conocer.

En este caso aparece como uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el hecho de que los profesionales que asisten a su hija no logran constatar un diagnóstico, por lo que no obtiene en ningún momento la información sobre cómo es que pueden acercarse a eso que los médicos dicen que podría tener su hija dado que tienen muchas posibilidades, pero ninguna es concreta, dadas las características y el momento en el que se presentan las “crisis” que según los criterios que tienen los psiquiatras que atienden a su hija como lo menciona no concuerdan con las características de una persona que acude a solicitar este tipo de servicios.

Azul dice:

En si nunca nos dieron un diagnóstico, el primer psiquiatra con el que fuimos y que iba a atenderla renunció dijo que no podía porque no hallaba el motivo para que ella estuviera así, porque ella llegaba al hospital y la veían que iba a bañadita, maquillada, que iba arreglada y para ellos una persona que está mal está sin bañarse, esta sin arreglar, está sin peinar, entonces para el hospital fue siempre fue un caso raro.

La falta de información por parte del personal que atendía a su hija en el hospital no solo causaba desconcierto en azul, sino que también fue en muchas ocasiones motivo de molestia, sumando a las preocupaciones inconformidades con el servicio debido a las formas en las que quienes los atendían se dirigían a ellos o les proporcionaban información al momento de las visitas o cuando tenían alguna cita o entrevista. Estas formas de atención que tenían los médicos con ellos como padres de los pacientes hacía que como madre dudara sobre si habían tomado la decisión correcta o si sería mejor sacarla del hospital por qué lejos de observar mejorías ellos veían peor a su hija y eso aumentaba las preocupaciones, además de que el ver al resto de los pacientes les causaba aún más desconcierto, dado que su hija no se veía como ellos.

Azul dice:

Entonces tú dices qué clase de profesionales son o sea, yo entiendo de qué de qué pues todas las personas somos diferentes ¿no?, pero igual que todas las personas son diferentes no todas pueden tener el mismo diagnóstico y que si no tienen los mismos síntomas entonces no tiene nada, dices cómo es posible que los profesionistas que ya tienen años en eso me salgan con estás jaladas, no puede ser me dan ganas de darles una cachetada por eso cuando mi hija dijo sabes que ya no quiero estar aquí le dije a mi marido sabes qué hay que llevárnosla porque aquí no le están ayudando y la están drogando porque le dan medicamento que ni le corresponde está en un ambiente donde todos los enfermos, todos los pacientes medicados o sea le digo yo no quiero eso para mi hija y ella tampoco lo quiere.

La percepción sobre lo que podría tener su hija se fue construyendo con las interacciones que iba teniendo con los psiquiatras, que lejos de resolver sus dudas sobre lo que podría tener su hija y cómo es que debían atenderla o ayudarla se encontraba con experiencias negativas que la alejaban de lo que ella estaba buscando o esperando encontrar como parte del servicio.

Resalta en varias ocasiones que el servicio que recibieron en el hospital público en el que fue internada su hija hizo más complicado todo el proceso dado que los médicos al no encontrar la causa y al no poder constatar un diagnóstico los citaban con frecuencia para entrevistas que para ellos no tenían sentido y que tampoco ayudaban a clarificar el diagnóstico, ellos se molestaban cuando los profesionistas les decían que solo se trataba de una forma de chantajearlos para que volvieran a vivir juntos. Describe que muchas veces el trato que recibían por los médicos no era el más adecuado, incluso comenta que en alguna ocasión el medico que estaba realizando la entrevista se estaba durmiendo mientras ellos estaban ahí hablando de su hija, aunado a eso que en varias ocasiones durante las visitas ellos vieron a su hija “drogada” y los médicos negaban la prescripción de medicamentos que su hija aseguraba si le habían dado.

Durante la hospitalización hubo un aumento en las preocupaciones entorno a la salud de su hija al no poder estar de tiempo completo cerciorándose de que los cuidados que recibía su hija en el hospital fueran los correctos, con una preocupación mayor por los cambios que observaban como parte de los efectos secundarios de los tratamientos que se les proporcionaban no solo en la clínica, sino también para seguir en casa.

En las conversaciones no solo se habla de las dificultades que tuvieron al tratar con los médicos, si no con algunos otros profesionales con los que se veían inmersos debido a los tramites o las actividades que debían desarrollar para que su hija pudiera estar internada en ese hospital, Azul menciona que en varias ocasiones tuvo complicaciones con la trabajadora social que desde que llegaron la envió al ministerio público a pedir una carta donde deslindaban de responsabilidades tanto al hospital como a la familia si su hija llegaba a hacerse daño, pero más allá de los requerimientos resalta las formas de comunicación que llegaba a tener el personal.

Azul dice:

“ya no la vamos a admitir y le digo quién dijo, si ella si mi hija necesita yo la traigo y usted la tiene que atender no es de que quiera, porque cuando a mi marido le descuentan para el seguro social y cuando usted cobra su sueldo no dice que no verdad no o sea yo cuando son cosas así de que uno está viendo las cosas y de que todavía le quieren a uno lavar el cerebro o sea yo no estudié pero no estoy tonta me gusta leer, me gusta informarme o sea digo a mí no me lavar el cerebro así nada más”.

Comenta que ella se daba a la tarea de investigar qué era lo que podía hacer e incluso tomaba las pláticas que ofrecían en el hospital para los familiares de los pacientes porque a ella le gustaba estar informada sobre todo a cerca de los posibles efectos secundarios que podrían tener los diferentes medicamentos que ahí se suministraban a los pacientes, aunque esas no fueran específicas para lo que decían que podría tener su hija.

Comentaba con su familia lo que ella veía e iba descubriendo en el tiempo que estaba en el hospital como una forma de buscar más opiniones respecto de lo que estaba pasando, ella dice que principalmente lo comentaba con sus hijos y su marido y que algunas veces hablaba con su madre o con su hermana para informarles acerca de lo que estaba pasando y que era su madre quien se encargaba de informar al resto de la familia, desde aquí se derivan algunos de los tópicos que formaron la categoría “implicación de la familia nuclear y extensa”.

Para Azul fueron muy importantes las opiniones que iban teniendo sus hijos mayores y su esposo sobre como veían a su hija cuando la visitaban en el hospital o cuando estaba en casa, ya que ella hace partícipe a su familia de la toma de decisiones sobre lo que debería o no hacer para apoyar a su hija, ella resalta en muchas ocasiones que para su hija fue fundamental el apoyo de toda su familia tanto nuclear como extensa, ya que ellos siempre resaltaban sus cualidades y le decían que “ella podía salir adelante” y que “no tendría por qué estar ahí”.

Menciona en varias ocasiones las palabras que su familia le decía a su hija como una forma de apoyarla para que saliera adelante, pero sobre todo para que pudiera dejar el hospital, narra los sucesos que estuvieron presentes entre la primera y la segunda vez que su hija se encontró internada en el hospital, incluyendo las preocupaciones, la toma de decisiones y las formas de cuidado que ellos iban teniendo e implementando para procurar que ella estuviera bien y evitar que se hiciera algún daño.

De este punto se derivó la categoría cuidados donde se incluyen los relatos sobre las actividades que realizaba con su hija como formas de prevención y de cuidado que surgieron como una alternativa o complemento del tratamiento médico, pero sobre todo que eran un intento por evitar las recaídas a las que ya se habían enfrentado con anterioridad en el lapso entre la primer y la segunda vez que su hija estuvo internada.

En este espacio de tiempo su hija tuvo una “recaída” que resulto significativa ya que fue en esta ocasión cuando ella encontró a su hija cortándose y vio toda la sangre y todas las cobijas llenas de sangre, ella menciona que fue una impresión muy fuerte que la hizo sentirse mucho más impotente con respecto a la situación que estaban viviendo porque nunca supieron cómo ayudar a su hija ni qué hacer con ella.

Resalta como una alternativa él ponerse firme con su hija y decirle que la apoyaría pero que si ella le fallaba la iba a regresar al hospital y no iba a volver a verla, comenta que ella se sentía muy mal diciéndole esas cosas a su hija, pero ya no sabía que más hacer para resolver la situación.

Durante todo el proceso que vivió su hija ella apoyaba a su hija y la consultaba acerca de lo que los médicos le decían y platicaba también con ella antes de tomar una decisión haciéndole saber que ella siempre la iba a apoyar, pero también expresándole cuales eran sus preocupaciones o las complicaciones a las que podrían enfrentarse, fue así como entre madre e hija fueron desarrollando algunas alternativas para poder sustituir los medicamentos.

Una de las principales estrategias que tenían para disminuir los síntomas que llegaba a tener su hija era irse a caminar por una o más horas hasta que su hija se distrajera y se sintiera más tranquila, sin embargo, también intentaron con algunos remedios que habían sido propuestos por su hermana o por su mamá y que consideraba que no podían causar ningún daño a su hija contrario a los medicamentos que le proporcionaban en el hospital y que durante las pláticas ella fue conociendo sus funciones pero también las afectaciones que estos ocasionaban en el organismo.

Azul dice:

“Conozco los medicamentos porque yo se los daba, bueno más bien a mi más bien me los daban para dárselos, por ejemplo, este medicamento le va a ayudar a controlar la neurosis por decir pero le va a afectar al hígado o sea y tú dices y lo dicen así tan fácil y le decía no mejor si le pongo los tecitos de las 12 flores, mi hermana le compró una unas gotitas que de lavanda y que se las pusiera aquí antes de que se durmiera eran para relajarse, mi mamá me decía ponle hojas de lechuga abajo de la almohada cuando eran bebés mi mamá baña los con lechuga y a la hora que uno está en una situación así dice yo hago todo”

Dado el conocimiento que fue obteniendo azul a partir de las pláticas y lo que ella observaba en su hija fue desarrollando las estrategias que podían funcionarles de mejor manera en el proceso de dejar el medicamento, dado que su preocupación eran las posibles reacciones que tendrían los medicamentos el organismo de su hija, ella retomaba su experiencia con los medicamentos que le mandaron cuando le diagnosticaron la diabetes, dado que el tomar el medicamento le provocaba molestias estomacales y por eso debía tomar más medicamentos y ella no quería que eso le pasara a su hija “que le ayuda en una cosa pero le afecta en otra”.

Es por eso por lo que también recurría a los métodos alternativos como “las hiervas, los tecitos y las gotitas” dado que ella creía que esos no tendrían efectos secundarios que perjudicaran la salud de su hija y que podían llegar a funcionar y mejorar la forma en la que su hija se sentía, es decir reducir los síntomas pero que si estos remedios no llegaban a funcionar tampoco abrían ocasionado ningún daño y le ayudaban a dormir, el dormir para azul fue siempre una señal de alerta en su hija, pero en ese momento particular ella sentía más tranquilidad cuando su hija estaba dormida.

Hubo una transformación de las alternativas de cuidado conforme azul fue comprendiendo lo que estaba pasando y los efectos que tenían los medicamentos que le daba a su hija por indicaciones del personal médico. La categoría cuidados en casa se encontraba igualada en número de apariciones con las categorías maternidad paternidad e implicación de la familia nuclear y extensa, ya que a partir de los relatos puede notarse que estas están relacionadas dadas las características de la reestructuración familiar que se presenta desde el momento en que recibe lo que podrían ser los primeros diagnósticos que requieren de atención especializada, según los criterios de los psicólogos que la canalizan a otro tipo de atención.

La categoría trabajo resulta más relevante dado que ella se vio en la necesidad de abandonar el trabajo para poder estar pendiente de su hija en casa y no dejarla sola en ningún momento como se lo indico la psiquiatra, pero sobre todo para poder asistir a todas las visitas del hospital, esto representa para ella un cambio importante y una preocupación por la economía,

sin embargo derivado de las conversaciones ella incluye relatos sobre los distintos trabajos que ha tenido a lo largo de su vida y el que desempeña actualmente.

Estos relatos sobre el trabajo van de la mano con los relatos que componen la categoría “estilos de crianza” donde azul incluye la información sobre las formas en las que criaron a sus hijos a partir del tiempo que pasaban con ellos, resalta que su marido estaba fuera de casa por largos periodos de tiempo, esto debido a su trabajo, por lo que su hijo mayor debía asumir algunas responsabilidades que debería cumplir el hombre de la casa, en esta misma categoría se incluyen los relatos sobre las actividades que ella realiza dentro y fuera del hogar.

Resalta que todas estas reestructuraciones se dieron a partir de lo que pasaron con su hija, debido a que esto los hizo darse cuenta de que se necesitan como familia y lo importante que es estar juntos para apoyarse cuando lo necesiten.

Las formas en las que azul construye los relatos sobre la perspectiva que tiene sobre sus hijos resulta parte de ese intento por explicarse que es lo que fue distinto con su hija que la llevo a manifestar lo que los manuales conceptualizan como un trastorno mental y del comportamiento y porque fue ella y no cualquiera de sus hermanos varones si todos fueron criados bajo las mismas formas y métodos.

Dejando como menos relevantes la categoría historia familiar y la categoría condición de salud de las cuidadoras que fueron las que tuvieron un número menor de apariciones, durante las sesiones la categoría historia familiar tiene apariciones que sirvieron para justificar los estilos de crianza y la toma de decisiones con respecto a los hijos, por lo que, aunque están presentes no toman tanta relevancia durante las conversaciones, ya que son complementarias para algunas otras.

Retoma algunas cosas que conoce de su esposo para justificar las formas de ser y actuar de él con respecto a ella y a sus hijos, buscando en las formas de relación que establecían en el pasado, pero sobre todo resaltando la educación que ellos recibieron en casa y como estas fueron tan diferentes entre sí, pero fueron la base para que ellos definieran los roles y decidieran las formas en las que llevarían su matrimonio y las formas en las que se repartirían la crianza y las actividades con sus hijos y cómo es que estas formas de relación entre ellos y entre sus hijos podrían ser uno de los determinantes o de las causas de lo que presentó su hija, que describe como el momento en el que el cuerpo de su hija ya no pudo más y lo manifestó de ese modo.

Análisis del caso Mama L, Abu C.

Alejándose de la hipótesis del presente trabajo durante las entrevistas pudo notarse que la relevancia para las cuidadoras no era el diagnóstico o los diagnósticos que habían recibido sus hijas o nietas, sino más bien ellas dan un mayor énfasis a otras categorías que están directamente relacionadas con su vida cotidiana y que por lo tanto trajeron modificaciones o reestructuraciones en sus formas de percibir a sus hijas o nietas, pero sobre todo en las formas de relación que se habían establecido entre ellas antes y después de acudir a los servicios de salud mental tratando de entender que era lo que estaba pasando y como podían ellas ayudar a sus hijas o nietas.

Cabe recordar que en este caso particularmente se encontraban dos cuidadoras durante las entrevistas, por lo que los relatos se fueron construyendo con las opiniones y las discrepancias de ambas, como se presenta en los resultados “perspectiva sobre los hijos” fue la que categoría con más relevancia, esto debido a las constantes comparaciones entre las formas de ser de ambos, resaltan la perspectiva que tenían sobre su hijo o nieto varón y su hija o nieta mujer, se recuperan algunos fragmentos que ilustran de mejor manera las categorías de análisis que aparecieron en este caso en particular resaltando su relevancia a partir de las apariciones en la sesión de conversación.

Mama L dice:

“Mi hijo se presta, yo llego y le digo mi bebé y él me contesta mami me carga, me abraza, me besa, mi mamá ve como hasta me da vueltas y le digo a mi hija pues sí la abrazo y todo, pero solo dice te quiero por eso híjole sí como que, si siento bonito y eso, pero no lo demuestra no lo demuestra ella”.

Las primeras líneas de comparación son las que se desarrollan a partir del desempeño académico, muchas de las comparaciones se dan a partir de lo que del contexto escolar se deriva como las calificaciones, las tareas e incluso las formas de relación que tienen o tenían con sus compañeros y sus gustos en otras actividades, se encuentra en las narraciones que las cuidadoras hacen énfasis en las comparaciones que han hecho los maestros sobre el desempeño de sus hijos.

Pero estas comparaciones no solo eran hechas por los profesores sino también llegaban a ser por parte de Abu C entre cómo fue su hija a la edad de su nieta y como es ahora su nieta, atribuyendo a las diferencias que encuentra a la crianza, las amistades, la autoestima, pero sobre todo la presencia del padre Abu C resalta la ausencia de “este señor” y los adjetivos que emplea para hablar de él son descalificativos dado que para ella la causa principal de lo que está pasando es la ausencia del padre.

Para el caso particular de Abu C y Mama L las otras cinco categorías que aparecieron durante la sesión de entrevista, tuvieron el mismo número de apariciones por lo que se mencionaran de acuerdo con la jerarquía que tomaron en el análisis por conteo de palabras ya que este permite identificar cuáles fueron los relatos que tomaron mayor relevancia, siendo estilos de crianza la categoría que tiene un mayor número de palabras.

En esta categoría se menciona al igual que en los otros dos casos la ausencia del padre y cómo es que han ido equilibrando el trabajo con la crianza, mama L menciona que para ella ha sido muy importante el apoyo de sus padres para que ella pueda trabajar mientras ellos se hacen cargo de sus hijos, sin embargo, esto resulta conflictivo para Abu C quien discrepa de algunas de las formas de crianza de su hija.

Para Abu C la responsabilidad de corregir o regañar ya no es algo que le corresponde a ella como abuela a pesar de que es ella quien esta con sus nietos durante el día y se hace cargo de ellos, ya que menciona que además de que no le hacen caso y la llegan a tratar mal la responsabilidad es de su hija, ya que son sus hijos y aunque a ella no le parezcan correctas las formas de crianza que tiene su hija, debe respetarlas y adaptarse a ellas, ella menciona que con quien llega a tener más conflicto es con su nieta que nunca sabe si esta de buen o mal humor y que incluso ha llegado a tenerle miedo por las reacciones que pueda tener, ella relaciona el carácter y las actitudes de su nieta con las palabras que alguna vez le dijo el psiquiatra.

Abu C dice:

“el psiquiatra salió del cuarto para decir el utilizó la palabra perfeccionista, que ella era así muy que ella quería todo perfecto tanto cosas de la escuela, como cosas de la casa y entonces yo creo que por eso es el carácter que nosotras luego no sabemos pues a ver me estás regañando porque no puse no lo puse así y pues sí soy desordenada no y me regaña casi casi que luego me ha dicho o estos días que haya me ha dicho que ella es mi mamá y que yo parezco la hija”

Una forma de entender lo que le pasa a su nieta es a través de como se ha modificado su relación a lo largo de los años, pero sobre todo en los últimos meses antes de la entrevista, que es cuando se empiezan a suscitar los conflictos y los problemas que las llevan a tomar la decisión de acudir con un psiquiatra y a resignificar lo que está pasando con su nieta a partir de lo que el psiquiatra les dice que puede tener, para ellas eso representa una posible razón de los cambios que han estado observando en hija o nieta que desconocen.

Análisis de la serie de casos

Dentro de los relatos de los tres casos y las cuatro cuidadoras se encuentran algunas características que comparten en común a pesar de que las conversaciones se construyeron de formas totalmente distintas, sin embargo, no se cumple en los tres casos con la hipótesis que guio este trabajo que suponía que las cuidadoras centrarían sus relatos en el diagnóstico, pero se encuentra que los relatos sobre otras categorías surgen como un intento por explicarse que fue lo que paso, pero sobre todo por encontrar esa etiología del trastorno mental.

Los cuidadores hacen psicología y medicina popular como una búsqueda de explicación, buscan la etiología en el pasado, es decir en la crianza, esto no se tenía contemplado en la tesis dado que se buscaba saber cuáles eran los cuidados, pero no se contempló que podrían existir diversas formas de explicar que es lo que pasa y los acercamientos a eso que está ocurriendo y que se desconoce qué es lo que desarrollan las cuidadoras, ellas se van hacia atrás para hacer la historia y tratan de dar una explicación que sea aprehensible y coherente con lo que ellas han vivido con sus hijas o nietas.

Los casos nos muestran que el diagnóstico no es lo que tomo más relevancia, si no la búsqueda de eso que pudo haber causado los síntomas que llevaron a sus hijas y nietas a necesitar la atención de un profesional que para la generación a la que las cuidadoras pertenecen no toma tanta relevancia, dado que los problemas que conciernen a las emociones son algo que se resuelve para ellas mediante la plática y el paso del tiempo, sin embargo las categorías que resultan relevantes para los 3 casos son aquellas que tienen una relación directa con el diagnóstico a partir de la exploración de las causas o los motivos de eso que pasaron sus hijas y que se conceptualiza como un “trastorno mental y del comportamiento” buscando en la crianza, la falta del padre y las diferencias entre sus hermanos varones las posibles causas que las hicieron desarrollar un padecimiento de esta índole.

Los estilos conversacionales de las cuidadoras en los tres casos las llevaron a indagar por medio de sus relatos en los tópicos que hacían referencia a la categoría “estilos de crianza”, que fue compuesta por las descripciones entorno a las actividades cotidianas de sus hijas/hijos o nietas/nietos, entre estas se incluyen las que hacen referencia a la escuela, tareas, desempeño académico y actividades en casa, ya que ellas utilizaban sus relatos sobre esta categoría como un intento por explicarse que estaba pasando con sus hijas en ese momento, ya que esos eventos (diagnóstico) no derivaban de forma lógica de lo que ellas han ido construyendo a través de la crianza y esto les genera un desconcierto en lo que ellas creían que eran sus hijas y lo que estas les presentan ahora.

En los relatos ellas no ubican la tristeza como una situación que deba resultar problemática o que requiera de atención médica, ya que como ellas indican cuando ellas se han sentido tristes o han tenido que enfrentarse a circunstancias difíciles han podido salir adelante solas y pudieron salir adelante sin necesidad de acudir a algún servicio médico, ellas resaltan esta característica a través de sus relatos sobre su historia de vida familiar, sobre todo en el caso particular de Ale quien hace mucho énfasis en lo difícil que le resultó su vida por la serie de condiciones en las que ella tuvo que crecer, es por eso que para ellas no resultaba tan relevante ver a sus hijas dormidas todo el tiempo o verlas pasar por alguna tristeza, dado que ellas asumían que era algo que se les iba a pasar y que no tenía demasiada importancia, dada la percepción que tenían de sus hijas.

Aunado a esto desde la situación académica no solo se crearon las percepciones que tenían sobre sus hijas o nietas sino que también les sirvió como punto de comparación entre las formas de ser de sus hijos o nietos varones y sus hijas o nietas mujeres, dado que desde las relaciones que como cuidadoras han ido estableciendo con sus hijos o nietos han ido descubriendo que particularmente las hijas o nietas han sido más independientes, sobre todo en lo que refiere al ámbito académico, siendo “responsables” con sus actividades y necesitando muy poca ayuda en todos los aspectos de su vida, resaltando que desde la educación básica hasta el nivel superior habían sido estudiantes ejemplares con promedios de excelencia.

Esta percepción que tienen sobre sus hijas como mujeres fuertes e independientes hace aún más complicado que las cuidadoras comprendan el porqué de los diagnósticos que los médicos les presentan, ya que parece que al escuchar estos posibles diagnósticos les están hablando de personas con características que no corresponden a las de las hijas que ellas conocen, ellas basan la percepción que tienen sobre sus hijas sobre todo en el desempeño académico que han tenido, dado que ellas ubican o miden el éxito a partir de los logros académicos y sus relaciones interpersonales, sin dejar de lado las actividades que desempeñan en casa y los gustos que comparten.

Las madres y abuelas que fueron responsables del cuidado de sus hijas o nietas las ubican en tres momentos: antes, durante y después del diagnóstico, sin embargo, en ninguno de estos tres momentos ellas consideran que sus hijas tienen algún problema que no puedan resolver por sí mismas, ya que ellas las percibían como autosuficientes, independientes, fuertes y capaces y las descripciones que hacen de ellas a lo largo de las sesiones de entrevista funcionan como un intento por explicarse que es lo que pasa con esas hijas que ellas desconocen al momento del diagnóstico.

Este criterio es uno de los muchos que impiden que tanto los médicos como los familiares y cuidadores logren explicarse los cambios o los síntomas que perciben en las mujeres que se acercan a los servicios, ya que las formas de ser y actuar de estas mujeres no corresponden con las de alguien que tiene un trastorno mental y del comportamiento, por lo que la constatación de un diagnóstico se vuelve casi imposible para los profesionales, pareciera entonces que no hay respuestas claras a las demandas de las cuidadoras sobre lo que está pasando.

Las madres ubican el platicar y saber todo respecto a sus hijas y sus formas de relacionarse como un factor que debió protegerlas de tener algún trastorno mental o del comportamiento ya que para ellas la plática es la solución a los problemas que afectan el estado de ánimo, ellas se consideran entonces como el soporte afectivo de sus hijas y al descubrir por medio de los médicos que esto no es así se encuentran en el desconocimiento total de lo que ocurre ya que hay para ellas una ruptura de la relación que creían tenían con ellas, mientras que para las hijas el diagnóstico pareciera ser la salida a los problemas que les generaba no hablar de

ciertas cosas con sus madres o abuelas ya que el diagnóstico las exime de contar eso de lo que no quieren que sus madres o abuelas se enteren, esas cosas que forman parte de su vida como mujeres.

Es por eso que uno de los mayores problemas para las madres es encontrar las causas, dado que ellas asumen que conocen todo de sus hijas, mientras que a sus hijas les genera conflicto esa parte de su vida que no pueden contar a sus madres y que genera una transformación en las formas de relación que habían venido estableciendo a lo largo de los años, para las madres entonces el único recurso que queda para explorar es el pasado donde intentan buscar su falla como madres que ha ocasionado que sus hijas tengan un problema de salud mental.

Para las cuidadoras no solo resultaba importante la comunicación del diagnóstico con sus hijas, sino también con los miembros de la familia, esta necesidad de informar a otros sobre lo que ocurría funcionaba como un intento de buscar alternativas que les permitieran encontrar una explicación que les permitiera comprender eso que les estaba pasando a sus hijas o nietas y que no entendían a partir de las explicaciones que proporcionaban los médicos dadas las omisiones que estos hacían, de aquí la importancia de la familia nuclear y extensa como parte del proceso, pero sobre todo como apoyo para la búsqueda de la resolución del problema que presentaban sus hijas o nietas ante el cual se sentían impotentes, dentro de estas pláticas no solo encontraban alternativas para entender lo que ocurría también existían recomendaciones sobre los remedios o métodos alternativos que podían utilizar para que se sintieran mejor, estos incluían tes, gotas para untar e incluso algunas verduras.

En lo que refiere a la medicación es probable que las cuidadoras tampoco recibieran información suficiente sobre los efectos secundarios que podrían tener los medicamentos y mucho menos sobre los tiempos de acción de los mismos, lo que justifica que las preocupaciones entorno a la medicación aumentaran dado que los efectos de este tipo de medicamentos se observan hasta la tercer semana de administración y van apareciendo de forma gradual, contrario a lo que ocurre con los efectos secundarios que generalmente se presentan en las primeras semanas pero van disminuyendo con el paso del tiempo (curso intensivo manejo de los psicofármacos en el paciente).

Es probable que quienes prescriben los medicamentos asuman que quienes deberán tomarlos o administrarlos no entenderían el proceso por el cual debe pasar el medicamento para llegar a la zona de acción para la que está destinado y que por ese motivo dejen de lado la información sobre los efectos secundarios y las temporalidades de estos, las cuidadoras al desconocer esta información comienzan a buscar otras alternativas que pudieran funcionar de mejor manera, complementando el tratamiento con remedios alternativos, sin embargo aquí se encuentra otra complicación que nuevamente se debe a la falta de información.

Esto debido a que el uso de hiervas u otros medicamentos complica la actuación de los medicamentos prescritos por el médico y hace más probable que los efectos secundarios sean más evidentes, aunque algunos efectos secundarios como el sueño para las cuidadoras sea un indicador de bienestar y les proporcione tranquilidad, este no indica que exista una mejoría, más bien es un signo y forma parte de las características que se requieren para poder sostener un diagnóstico }

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar cómo las cuidadoras entienden la enfermedad mental y cuáles son sus preocupaciones en torno a esta. Los resultados muestran que el interés de las personas que cuidan a alguien que recibe un diagnóstico de enfermedad mental se centran en la búsqueda de una etiología que les permita explicarse el padecimiento, dejando de lado la poca información que reciben por parte de los profesionales de la salud, pero sobre todo explorando en diversos aspectos de su vida que es lo que pudo haber pasado.

Con base en las narraciones que se construyeron para cada uno de los casos se pudo notar que hubo relatos que resultaron relevantes para los tres casos, estos fueron principalmente los que se dirigían a las descripciones de las actividades que formaban parte de la vida cotidiana de las cuidadoras y como estas se fueron transformando a medida que sus hijos y nietos fueron creciendo, resaltando la manera en la que durante estos periodos sus formas de ser y actuar como madres o abuelas tomaban cierta relevancia para ellas como cuidadoras, ya que asumen que algo debió saltar en el pasado para que sus hijas necesitaran la atención de un profesional en el área de la salud mental, ya que al momento del diagnóstico se encuentran cursando sus estudios universitarios.

El primer lugar en que las cuidadoras buscan la explicación de lo que podría estar pasando es en las relaciones interpersonales que tenían sus hijas al momento del diagnóstico, siendo la escuela el primer espacio en el que ellas piensan que pueden encontrar eso que causó la transformación en sus hijas, ellas comienzan describiendo entonces el desempeño académico y cómo es que en los trabajos en equipo eran sus hijas quienes hacían todo, las cuidadoras asumen que sus hijas y nietas les cuentan todo lo que pasa en su vida por lo que no hablan de relaciones de noviazgo o de amigas al momento de diagnóstico, si no solo retoman lo que ellas escuchan de sus hijas que son las constantes quejas respecto de la escuela, las tareas y las cargas de trabajo.

Las madres ubican en un primer momento esto que les ocurre a sus hijas como un problema de resistencia que se ubica en el cuerpo, es decir ellas consideran que lo que está pasando con sus hijas es resultado de las demandas que conlleva el estar cursando una carrera universitaria, todas las causas que ellas van ubicando como posibles en un primer momento corresponden directamente a

lo que se ubica en el cuerpo, ellas relacionan los largos periodos de sueño con el desgaste de la vida cotidiana más que como uno de los síntomas que se asocia a muchos de los trastornos que se presentan en los distintos manuales, en este sentido entonces los síntomas que caracterizan a los trastornos del comportamiento pueden confundirse muy fácilmente con el desgaste de la vida diaria, ya que de este derivaríamos los mismos síntomas que se derivan como criterios de diagnóstico como la tensión, la preocupación, la ansiedad, el sueño etc. (CIE-10,2008)

Esto si se toma en cuenta solo uno de los muchos manuales que se encuentran disponibles para su uso por profesionales de la salud, ya que cada uno de estos presenta listas de sintomatologías diferentes de acuerdo a su construcción y considera temporalidades distintas para poder hacer un diagnóstico, dado que son muchos los manuales que se han escrito en los últimos años también ha aumentado el número de personas que reciben un diagnóstico de enfermedad mental coincidiendo con las estadísticas que consideran que para este siglo serán estas enfermedades la causa principal de la discapacidad.

Pero no solo son esas las estadísticas que se encuentran presentes en este trabajo y que resultan coincidentes con la información que aportan los casos, si no que a partir de la exploración de los casos puede notarse que es en el grupo que se ubica entre los 18-29 años donde se presentan con mayor frecuencia los diagnósticos, resultando aún más interesante que se presente en los jóvenes que terminaron o que están cursando estudios universitarios siendo los trastornos más frecuentes los que incluyen la ansiedad, seguidos por los trastornos de uso de sustancias y los trastornos afectivos. (Medina, Borges y colaboradores, 2003).

Es aquí cuando se nota de forma más clara como es que debido a la incorporación y el uso de nuevos manuales las personas comienzan a verse expuestas a estos trastornos que antes no existían o existían, pero no cobraban relevancia, las emociones que resultaban cotidianas ahora aparecen como parte del “Problema”.

Esto es gracias a las nuevas investigaciones en el terreno de la salud mental, estas que buscan que todo sea clasificado y que todo se ajuste a las normas bajo las que nos regimos como seres humanos, pero sobre todo como sociedad, desde aquí que podemos explicarnos estas incorporaciones, pues los cambios que se experimentan a nivel social demandan que se generen cambios y nuevas

exigencias para los seres humanos, exigencias que lejos de mejorar el desempeño llegan a producir ansiedad e incluso depresión.

Esto nos permite tener una idea del porque que es cierto grupo de edad donde aparecen con más frecuencia los diagnósticos, dado que si seguimos la lógica de las demandas sociales podríamos decir que es en esta edad donde se debe cumplir con las demandas del sistema educativo, para poder salir al campo laboral y cumplir con una serie distinta de adaptaciones y combinar esto con la vida social, es decir combinar el estudio, el trabajo con las actividades de esparcimiento, pero estos espacios de interacción permiten también que se encuentren puntos de conflicto entre las creencias inculcadas por el sistema familiar y la red de creencias que se construyen a partir de las interacciones fuera de este espacio.

Estas interacciones pareciera que resultan más complejas cuando se es mujer, ya que según un estudio realizado por Dowling (1987) la dependencia es algo que afecta a la mayoría de las mujeres debido a que tienden a subordinarse a otras personas, a hacerse dependientes de ellas, buscando el amor, la ayuda, la protección contra todo aquello se considera desafiante u hostil en el mundo, el enfrentarse solas a estas nuevas experiencias puede ser un motivo de desconcierto y confusión, dado que el salir del campo académico para insertarse en el campo profesional probablemente sin el apoyo y el soporte de las amigas y amigos o los compañeros de clases y equipos. Pareciera que en estos casos resulta más fácil enfrentarse a los desafíos del exterior con una crisis o una tragedia, que al estar a la altura de las exigencias ante la orden de arriesgarse, crecer y madurar.

Estas demandas y los conflictos que esto genera es lo que pareciera que suma puntos para hacer susceptibles a las jóvenes a recibir un diagnóstico de enfermedad mental en este periodo de su vida, si se toman en cuenta las estadísticas podríamos empezar a dibujar una etiología de la enfermedad mental, tomando en cuenta estos factores:

1. Tendencia al contraste entre varones y mujeres.
2. Ruptura familiar.
3. La interacción en nuevos grupos sociales.

4. Las inserciones a campos profesionales, que implican modificar el rol de estudiante que han venido desempeñando y exigen un papel profesional con ciertas responsabilidades y nuevas habilidades.
5. Tener entre 18 y 25 años.
6. Estar estudiando o haber estudiado una carrera universitaria.
7. Las demandas sociales de la época.
8. Los contrastes existentes entre la educación proporcionada en el hogar y las nuevas creencias.
9. Las relaciones interpersonales fuera del núcleo familiar.

Sin embargo, estos factores no resultarían causales directamente o más bien no servirían como un determinante como en el caso de las enfermedades que se ubican en el cuerpo, es decir en estas no podríamos ubicar una historia natural de la enfermedad aun cuando se encuentren factores que resulten coincidentes entre los casos, los manuales y las estadísticas, ya que aun cuando se cumplan los criterios no siempre se presentara el trastorno o todo lo contrario se puede presentar el trastorno teniendo características particulares que impidan constatarlo como en los casos que fueron expuestos en este trabajo, donde a pesar de que se cumplían algunos de los criterios de diagnóstico había algunas características, como el desempeño académico, el aseo y el arreglo personal que no permitían constatar un diagnóstico, dado que según los manuales estas características no forman parte de alguien que puede tener un trastorno.

Por lo tanto, si no se entiende que es lo que ocurre, mucho menos podríamos hablar de hacer prevención, lo que sí se sabe es que tenemos una serie de condiciones que propician contextos para el desarrollo de los trastornos del comportamiento y que son en su mayoría reacciones emocionales de ciertos procesos y desde aquí que se pueda entender los síntomas que se presentan en ciertas circunstancias interpersonales que no se pueden entender a simple vista o sin una indagatoria profunda, pero finalmente resultan ser solo posibilidades de lo que podría ser.

La vaguedad y la amplitud ha propiciado que haya tasas más amplias en lo que refiere al trastorno mental, provocando con esto sobretratamientos y medicaciones innecesarias, caras y que muchas veces dañan la salud y desempeño de las personas, incluyendo muchas variantes de la normalidad con el título de “enfermedad mental”. (Vasen, 2011)

Las preocupaciones de las cuidadoras surgen a partir de este sobre tratamiento del que habla Vasen (2011) ya que ellas no entienden el porqué de la “enfermedad” y mucho menos sobre que es que supuestamente están actuando todos los medicamentos que les recetan a su hijas como parte del tratamiento, por lo que no resulta extraño que en los tres casos decidan abandonar los medicamentos y desarrollar algunas otras estrategias o recurrir a otros métodos para tratar eso que los profesionales dijeron que tenían sus hijas.

Se dan los tratamientos sin que el paciente y sus familiares tengan una conciencia clara de la enfermedad, desde aquí puede omitirse la importancia de continuar un tratamiento o abandonarlo son tres las causas por las que los usuarios abandonan el tratamiento:

- a) Falta de recursos para comprar los tratamientos.
- b) Buscar atención medica en otro sitio.
- c) No haber observado mejoría y observar demasiados efectos secundarios.

Para los casos aquí explorados es la tercera la causa la que parece que orilla a las cuidadoras y a sus hijas o nietas a tomar la decisión de abandonar la medicación, ya que es muy probable que al momento en el que les prescribieron los medicamentos no les explicaran como es que funcionan estos medicamentos que generalmente van a tener su efecto esperado en el SNC y por lo tanto el tiempo que tardan en llegar al lugar de acción es mucho más prolongado que el de un medicamento de uso común, aunque los efectos secundarios si pueden observarse mucho antes de que los medicamentos hagan su efecto esperado dado que comienza a distribuir ciertas propiedades desde que se ingiere y están son las que permitirán que el medicamento llegue a cumplir su función (Vázquez, Sánchez, Lara y Senties 2000).

Estos efectos secundarios para los laboratorios y los manuales son considerados mínimos, pero para las personas no es así, ya que muchos de estos les impiden o les dificultan el realizar sus actividades cotidianas y son un motivo de preocupación para las personas que los rodean.

A pesar de que los manuales proponen otras alternativas o complementos del tratamiento, en la vida real estos no son llevados a cabo se recetan los medicamentos como la parte más importante dejando de lado la terapia psicológica, es probable que esto sea debido a que no se cuenta con el personal suficiente para proporcionar consultas por lo que como refieren las cuidadoras las consultas son mensuales y no son de gran utilidad ya que en estas lo único que hacen es darles nuevamente una receta para que las instituciones les den el medicamento o ellas puedan adquirirlo. (CIE-2008)

Los problemas para los cuidadores inician desde que los profesionales de la salud no estamos claros sobre las formas en las que se puede o se debe dar el diagnóstico, sobre todo porque tampoco se sabe que manual utilizar para elaborar los diagnósticos y muy probablemente los profesionales que atendieron cada uno de estos casos trabajen con manuales distintos y en sus distintas versiones, esto explicaría por qué para ningún caso se logra constatar un diagnóstico, debido a esta amplitud de información y elementos cada médico, psiquiatra o psicólogo tendrá una perspectiva diferente sobre una misma serie de síntomas.

Hasta aquí se han venido dibujando los dos problemas que tienen las personas al recibir el diagnóstico, el primero que deriva del no entender lo que pasa y por lo tanto la única alternativa que les queda es guiarse por el sentido común e ir construyendo a partir de este sus alternativas, explicaciones y soluciones.

Mientras que el segundo tendría que ver con que a partir del diagnóstico tendrían que ir sustituyendo diversos adjetivos para definir a las personas, este segundo punto resulta relevante en los relatos de las cuidadoras ya que parece que a partir del diagnóstico les presentan a unas hijas y nietas que ellas no conocían dado que las características de los acercamientos al diagnóstico son totalmente opuestas a las características de las hijas y nietas que ellas criaron y que por lo tanto creen conocer a la perfección. (Gergen, 2006)

En este momento del diagnóstico juega un papel muy importante la familia, ya que son las descripciones que tienen acerca de la persona diagnosticada la principal herramienta que emplean para acercarse a ellas, pareciera que como familiares intentar hacer que la persona recuerde esos adjetivos que ellos suponen que han olvidado y que por eso están en esa situación, los manuales resaltan esta importancia de la familia en el proceso de recuperación y tratamiento pero no señalan cual es la forma en la que pueden o deben implicarse por lo que nuevamente es una alternativa desarrollada por la familia a partir del sentido común.

Es decir, el sentido común es lo que guía la participación de las cuidadoras y los familiares ya que a partir de este se desarrollaron las maneras de tratar de entender y asumir a los otros a partir de ese momento particular de su vida.

Con esto pareciera que los profesionales que se encargan del área de la salud mental no proporcionan los diagnósticos de una manera adecuada y clara para los familiares, la terminología médica resulta incomprensible para las familias dado que desconocen eso que los médicos dicen que tiene, esto puede deberse a la falta de información sobre las enfermedades de la mente, sin embargo esta parte resulta importante dado que el diagnóstico es la primera fase de todo tratamiento, y se debe dar únicamente cuando se tiene total certeza de la presencia de un estado de enfermedad.

La forma en la que se comunica un diagnóstico tiene un efecto en el ánimo del paciente cuando este recibe la noticia, dado que desde ese momento surgen expectativas, temores e incluso pueden definirse cuáles serán los roles del paciente, la familia y el profesional que lo acompaña, es por eso por lo que si se presenta de manera ambigua el diagnóstico el paciente y quienes lo rodean no pueden comprender lo que sucede y sus posibilidades para enfrentarse a la situación son limitadas como se observó en los tres casos antes expuestos. (Puerto y Gamba 2015).

A pesar de que existen algunos modelos que proponen cual es la forma correcta de proporcionar un diagnóstico sin importar el padecimiento pareciera que los profesionales de la salud no los tenemos muy presentes y por lo tanto no tomamos en cuenta las propuestas ni consideramos como el diagnóstico puede afectar o modificar la vida del paciente sobre todo cuando no se tiene cuidado

con las formas en las que se transmite la información, lo ideal sería compartir un conocimiento sobre la enfermedad, que sea claro para ambas partes, cosa que no sucede dado que se sigue usando lenguaje técnico asumiendo que los demás deberán entender (Peiró y Sánchez 2012).

Los datos obtenidos a partir de las narraciones de las cuidadoras coinciden con lo propuesto por Parilla (2014) quien menciona que el trato es algo que debe partir de la comprensión del paciente, no como un número o un caso clínico, si no como una persona a la que hay que acercarse desde lo emocional, este autor considera que la relación del paciente con el medico en la actualidad se caracteriza por la falta de empatía, que fue justo lo que reportaron las cuidadoras, sin embargo esa falta de empatía no se encontraba presente solo en la relación médico paciente, sino también en la interacción de las cuidadoras con otros profesionales de salud, la realidad es que muchas veces no se llevan a la práctica o se pasan por alto las recomendaciones que hacen algunos modelos y manuales, dejando a los pacientes en la ambigüedad.

Sobre todo, porque esos síntomas que resultan alarmantes para los pacientes y sus cuidadores para los médicos forman parte del quehacer cotidiano eso hace probable que ellos no le den gran relevancia a la exploración y explicación del diagnóstico.

Conclusiones

A pesar de que las madres presumían que habían construido relaciones excelentes con sus hijas y habían sido muy abiertas mientras afirmaban que sabían todo de sus hijas, en realidad durante los relatos se pudo notar que ellas desconocen algunas formas particulares de relación que llegan a tener sus hijas desde el momento en el que se ven inmersas en grupos sociales más amplios, como los que implican las distintas etapas escolares donde deben construir nuevas relaciones, pareciera que esta apertura que se dan las hijas y nietas de mantener círculos sociales aislados de la familia las pone en conflicto ya que no saben cómo manejar las diferencias que van teniendo con la familia.

Es decir, en estas nuevas formas de relacionarse descubren que no todo lo que ocurre en su vida puede ser contado en el núcleo familiar, pero las madres siguen insistiendo en saber todo lo que pasa, con quien salen, en donde están y que es lo que están haciendo mientras se encuentran fuera de casa, ocasionando así esos conflictos en sus hijas probablemente generados por no contar todo lo que les pasa.

Los síntomas son generales para el diagnóstico por lo que para las cuidadoras no tiene sentido la información ni los intentos de diagnóstico que van construyendo los psiquiatras, aunado a esto debe considerarse que no hay guías que sean claras en la explicación de los trastornos para el cuidado y por lo tanto las cuidadoras se ven en la necesidad de conocer a sus hijas en esta nueva etapa y reconstruir las formas de acercamiento y cuidado dada la ambigüedad que existe en torno al desarrollo de la enfermedad.

No hay una historia de antecedentes que nos permitan saber las características de lo que podríamos encontrar en las personas que son diagnosticadas con este tipo de padecimientos no tienen o no son causales por lo que a pesar de las similitudes entre los casos no podrían establecerse criterios antecedentes que aseguren que se presentara el padecimiento, los datos entonces no nos permiten encontrar causalidad ni una etiología para las enfermedades de la mente y al no haber una etiología no hay factores de riesgo, no hay que cuidarse, ni que cuidar, entonces tampoco se sabe que se tiene ni que cambiar o corregir.

Aunado a esto que estas enfermedades al no tener un origen claro, dejan tanto a profesionales como a familiares en el total desconocimiento, pero sobre todo en la búsqueda del “porque”, es decir en ese intento por la indagación del origen del diagnóstico, sin embargo los profesionales comenzamos a trabajar desde el diagnóstico en adelante como en un intento por corregir y se pierde de vista el antecedente, mientras que para las familias resulta primordial la búsqueda de eso que ocasiona el padecimiento ya que si se sabe que es lo que lo causo se sabe que evitar, se sabe que cuidar.

Para este tipo de casos se supone que el dormir y estar calmado es lo mejor que pueden hacer por las personas que reciben un diagnóstico de este tipo, es aquí cuando lo que conocemos que sirve para estar calmado o relajado toma relevancia y se convierte en una alternativa para el cuidado, se empiezan a utilizar los tes, las hierbas o las modificaciones sobre los espacios y la alimentación, por lo que no son cuidados específicos, son cuidados tan generales que no se sabe de qué se está cuidando dado que esos cuidados bien podrían aplicarse a cualquier enfermedad dado que son los que se suponen que ayudan a sentirse mejor a las personas ante cualquier padecimiento.

Todos los problemas en la crianza inician con el primer hijo cuando la madre debe enseñar al varón como cuidar, como hablar, como hacer todo respecto al hijo y entonces pareciera que los padres tendrían que ser una copia de las actitudes y las formas de ser de la madre y es precisamente esto lo que se encuentra en los relatos de las madres, que ambos padres no logran construir relaciones respecto de los hijos, las madres mencionan que es lo que consideran que deben de hacer los varones respecto de los hijos y que es lo que les corresponde a ellas como madres y al no cumplir con estas expectativas es donde comienzan los problemas que ellas suponen se expresan en los hijos particularmente en sus hijos varones, al tener una figura de padre ausente.

Pareciera que el centro de los relatos son los hijos varones y los padres ausentes, sin embargo, si se analiza desde lo que las personas dicen con rodeos o de forma indirecta los relatos son sobre las hijas o nietas remarcando que la falta del padre podría ser una de las causas de lo que pasa con sus hijas desde su punto de vista.

Encontrando una consistencia entre esas acusaciones que hacen las cuidadoras sobre la falta del padre y las descripciones que se encuentran en torno a la ansiedad y depresión en términos de la seguridad de las hijas, pareciera que las cuidadoras ubican el problema en relación con la falta del padre.

La lógica de pensamiento de las cuidadoras las lleva entonces a plantearse que es necesario el padre para que el hijo pueda serlo completamente, dado lo que suponen que como padres varones deben hacer con respecto a la crianza de los hijos. El problema no es, ni se relaciona con los padres más bien es un problema que deriva de las formas de construir relaciones de los jóvenes actuales, sin embargo, los padres buscan indagar que hicieron mal.

El combinar la toma de medicamentos con los remedios alternativos puede contrarrestar los efectos del medicamento o en su defecto aumentar los efectos secundarios ya que es como duplicar la dosis e incluso puede llegar a ser tóxico y más perjudicial para la salud que la ingesta de solo uno de estos tratamientos, además es muy probable que el caso de los tratamientos alternativos si no fueron prescritos por un profesional y no se dan dosis adecuadas no funcionen ya que no se ha probado su eficacia como en el caso de los medicamentos.

Al leer los criterios de diagnóstico que se encuentran en los manuales lo primero que uno se pregunta es porque le dio tal o cual diagnóstico, seguido de esto uno se pregunta cuáles son las pautas de diagnóstico, los consejos o sugerencias para los familiares y que manuales incluyen estas, eso nos lleva a precisar cuáles son los tipos de síndromes o los tipos de diagnósticos en los que los cuidadores no tienen información clara y en segundo lugar que los profesionales en la mayoría de los casos hacen o proporcionan los tratamientos pero no remiten como lo dicen los manuales a otros profesionales y especialistas que puedan proporcionar ayuda con un tratamiento de tipo conductual.

En los casos que aquí se presentaron no hubo una orden de seguir un tratamiento psicológico después del diagnóstico médico, mientras que los manuales sugieren este tratamiento como una necesidad para asegurar y mejorar los efectos de los fármacos.

Hay una gran variedad de indicaciones que proporcionan los manuales, pero no hay un cómo es que estas deben seguirse y es justo eso lo que deja a las personas en el desconocimiento, dado que pareciera que estas indicaciones no son precisas dado que no se sabe que hacer exactamente con eso que proponen los manuales se cuide o se modifiquen ciertas cosas dejando las recomendaciones como algo muy interpretativo. Incluso en el trabajo con los psicólogos no hay maneras precisas es decir explicaciones de cómo es que se va a trabajar a partir de los diagnósticos.

Tanto pacientes como familiares se preguntan ¿de dónde surge?, ¿Por qué se produce? Y esto no aparece en los manuales, los manuales hablan de lo que se presenta en tal o cual diagnostico pero no ubican un antecede, por lo que los trastornos de la mente a diferencia de otros padecimientos no cuentan con una historia natural de la enfermedad y al no haberla las preguntas de los cuidadores son porque y al llegar con los psicólogos tampoco dicen el porqué, dado que no se dan a la tarea de reconstruir los porque, los profesionales de la salud estamos construidos para curar no para entender ni explicar él porque.

El problema de los cuidadores son las fuentes que ellos tienen de lo que le sucede a su familiar para conocer los porqués, no para saber cómo se manifiesta porque los dos manuales parten de las manifestaciones y no dan una etiología más allá de lo orgánico, los genes, los neurotransmisores etc, pero el problema para los cuidadores no es ese si no por qué el que es lo que deben de cuidar que no les pase está ligado con el que cuido o de que lo voy a cuidar al no existir la causa no hay claridad sobre lo que se debe cuidar.

El conflicto se encuentra en la forma en la que las madres hacen las cosas con respecto a los hijos varones, dado que las hijas viven algunas circunstancias que no pueden poner en palabras porque se ven impedidas socialmente, para hablar de alguien que les dio la vida, las madres al convertirse en cuidadoras ocasionan más problema en las hijas ya que son ellas quien pareciera ocasionan parte de los problemas y son parte del problema.

Al momento en el que los núcleos se amplían en la vida de las hijas, los problemas pasan a estar en segundo plano, los manuales entonces parten de lo que se expresa y dan sugerencias, pero los cuidadores parten de una pregunta ¿Por qué? Ya que esperan que esta pregunta los lleve a saber que cuidar, pero todo se complica cuando un trastorno de la mente debe ser atendido por un profesional, se recibe el tratamiento, pero la pregunta sigue siendo la misma que es lo que hay que cuidar.

Pareciera que estos trastornos tienen que ver con circunstancias de vida no de racionalidad es decir no hay lógica en los trastornos emocionales ni afectivos. Cierro esta parte del trabajo enfatizando que en nuestro país existen muy pocas instituciones que se dediquen a la atención de los trastornos mentales y del comportamiento, en la ciudad de México de acuerdo con los datos del Gobierno en 2017 solo se contaba con 6 unidades especializadas que formaban parte del Servicio de atención psiquiátrica (SAP), cuatro unidades más que corresponden al instituto mexicano del seguro social, la clínica de Neurología y Psiquiátrica correspondiente al ISSSTE, el Centro Integral de Salud Mental (CISAME D.F), el Hospital Central Militar de la SEDENA, entre otros sumando 18 centros de atención correspondientes al Sector Salud en la Ciudad de México, una cantidad mínima si se considera el número de habitantes en la ciudad y las estadísticas en términos de salud mental.

Sin embargo, el aumentar la cantidad de instituciones que se dediquen al diagnóstico y tratamiento no mejoraría la calidad de vida de los pacientes y los cuidadores, lo que realmente podría representar un cambio sería el trabajo multidisciplinario en donde médicos y psicólogos trabajen juntos en la construcción de tratamientos centrados en la persona. Lo que los psicólogos debemos tener claros es que ciertos eventos en la vida de las personas se viven, pero no se pueden narrar, es decir no se colocan en palabras. Por lo que, si no hay una guía o lista de cuidados, es porque resulta muy probable que el otro no necesite ser cuidado, quizá lo que nos quede es el acompañamiento, el consentimiento, la escucha, intentar la conversación hoy y siempre.

Referencias

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1996). DSM-IV. Barcelona: Masson.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2016) DSM-V. Barcelona: Masson.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4^a ed.). Washington, D.C.

Bella, M.E, Fernández. R. A, & Willington, J.M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Archivos argentinos de pediatría, 108(2), 124-129. Recuperado el 21 de septiembre de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000200006&lng=es&tlng=pt.

Bisquerra. R. A. et al. (2009) Metodología de la investigación Educativa. Madrid. Editorial: La muralla.

Bruner, J. (2006) Actos de significado. Mas allá de la revolución cognitiva. España: Alianza

De la Cruz, G. S. (2019). Las narraciones de la restructuración de vida en personas diagnosticadas con cáncer. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

De las Cuevas, C., & Sanz, E. (2016). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7 (1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245143153004>

DEF Diccionario de especialidades farmacéuticas (2001). PP. 2125-2127. Edición 47. México.

Furusho. C. R. (enero 2019). Curso intensivo manejo de los psicofármacos en el paciente: conocimientos básicos para psicólogos de la salud sociocultural. Curso llevado a cabo en el Hospital General De México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad De México.

Herrera. A. Ríos. M. Manríquez. J.M. Rojas. G. (2014). Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Rev. Med. Chile. 14(2): 1306-1315. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art11.pdf>

EFE (2018) Esquizofrenia, ansiedad, miedos. Y suicidio. Uno de cada 3 mexicanos tendrá una enfermedad mental, recuperado el 8 de octubre de 2018 de: <http://www.sinembargo.mx/08-10-2018/3480819>

Figueroba. A. (2018) Imipramina: usos y efectos secundarios de este antidepresivo. Recuperado de: <https://psicologiamente.com/psicofarmacologia/imipramina>.

Jürgen. M. H. (2009) Development of DSM-V and ICD-11: Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge, Department of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Germany.

Medina.M.E., Rascon.M.L., Tapia.R.E. (1992) Trastornos emocionales en población mexicana resultados de un estudio nacional. Anales del instituto nacional de psiquiatría. México.

Onwengbuzie, A., Leech, N. & Collins, K. (2012) Qualitative analysis techniques for the review of the literature. The qualitative Report. 17(56), 1-28.

Organización Mundial de la Salud. (1996) CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2008) CIE-10 Decima revisión. Trastornos mentales y del comportamiento. Washington, D.C.

Ortega. R.C. (2011). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Revista de historia y pensamiento de género* Vol.1 N.º 4, pp. 208-223.

Payne. M. (2002) *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. España: Paidós.

Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos (2005). Instituto nacional de las mujeres. Recuperado de: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx>

Parilla. A. (2014, 25 de noviembre). Cuando la comunicación es una parte importante del diagnóstico. EFE: salud. Recuperado de: <https://www.efesalud.com/cuando-la-comunicacion-es-una-parte-importante-del-diagnostico/>

Peiró. G y Sánchez. P. T. (2012). La verdad soportable. Grupo Español de Investigación Cooperativa en Psico bioquímica Clínica. Recuperado de: http://www.psicobioquimica.org/cancer_comunicación_1_01.html el 27 de noviembre de 2018.

Pérez. R. S. Alberdi. M. Almonacid. V. Barreto. M. P. Gómez. R. y Solera. E. (2004). La comunicación con el enfermo y la familia. Las malas noticias. En *Manual del tratamiento del tratamiento de soporte en el paciente oncológico* (pp.181-190). Valencia, España: Asociación María Beltrán.

Puerto. H.M, Gamba H. A. (2015). *La comunicación del diagnóstico de cáncer como practica saludable para pacientes y profesionales de la salud*. *Rev. Cuid* 6 (1): 964-9. Recuperado de: <Http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6il.160>

Psychiatry Scand. (2007). Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis.

Psiquiátricos del sector salud en México: <http://inprf-cd.gob.mx/sitios/hospitales.html>

Ramos. L.L, (2014) ¿Por qué hablar de género y salud mental?, *revista de salud mental* Vol. 37, No. 4, México.

Universidad peruana de los Andes. (S.F) *Diagnostico e Informe Psicológico*. Recuperado de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2016/05/diagnostico-e-informe-psicologico.pdf>

Vasen. J. (2011) Una nueva epidemia de nombres impropios: el DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas. *Noveduc*. Buenos Aires.

Velázquez. R. A., Sánchez., S. J.J., Lara. M.C., Senties. H. (2000). El abandono del tratamiento

psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*, 18(2), 315-340. recuperado de: <https://Dialnet-ElAbandonoDelTratamientoPsiquiatrico-4531350.pdf>