

UNIVERSIDAD DE LA HABANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DE DIPLOMA

Bienestar psicológico en cuidadores y cuidadoras
de personas con Esquizofrenia.



Autora: Mónica de la Caridad Lussón Castillo

Tutora: MSc Taimara Alfonso Martínez

La Habana, Cuba

Junio de 2015



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DE DIPLOMA

**Bienestar psicológico en cuidadores y cuidadoras
de personas con Esquizofrenia.**

Autora: Mónica de la Caridad Lussón Castillo

Tutora: MSc Taimara Alfonso Martínez

La Habana, Cuba

Junio de 2015

*A nosotras,
por la insospechada fortaleza conque enfrentamos los embates de la vida.*

A las cuidadoras estudiadas, porque me reafirmaron lo que una vez me enseñó el Pequeño Príncipe de aquel planeta lejano:

“Lo esencial es invisible para los ojos”

*“Es invisible el beso que estrenó tu boca,
La llama del dolor, el aire que te toca,
Es invisible el muro que alza la tristeza,
La música interior que alcanza la belleza,
Es invisible, invisible,
Es invisible lo más querible,
Lo más hermoso,
Es invisible, lo que nos quema,
Lo más temible para los ojos,
Es invisible.*

*Es invisible todo cuanto mueve el alma,
Las alas del amor y el vértigo, la calma,
El odio que afiló su palpito de mente,
Esa patria raíz definitivamente,
Es invisible, invisible,
Es invisible lo más querible,
Lo más hermoso,
Es invisible, lo que nos quema,
Lo más temible para los ojos,
Lo que nos llena,
Lo imprescindible para los ojos,
Es invisible, es invisible”.*

“Lo invisible” canción de Liuba María Evia

Agradecimientos

A Mirian y Andrea porque fue junto a ustedes que comencé a forjar este sueño, por regalarme un sol que dio luz a mis días, por mantener siempre vivas mis esperanzas y ofrecerme sus corazones sin esperar nada a cambio.

A mis tesoros más valiosos, mis padres, por la educación, los cuidados, la paciencia y el amor sin límites. Por hacerme sentir la hija más dichosa del mundo.

A mi Wendy, por el amor bello que nos une, porque no hay distancia entre nosotras, porque eres la inspiración de muchos de mis logros.

A Diana, Dunia y mi hermana Elen porque la conformación de este informe lleva también sus nombres. Por la amistad entregada, por las horas dedicadas a este estudio, por no dejarme sola en este proceso, porque simplemente las amo.

A Eu por sus enseñanzas, por su ayuda tan necesaria. Por guiarme en estos 5 años y por estar dispuesta a seguir haciéndolo.

A mis dos príncipes enanos, por la alegría que trajeron a mi vida y por permitirme vivir una vez más en el maravilloso mundo de la fantasía.

A Adry porque creaste a ese personaje llamado *Pedro Julio*... porque siempre te preocupas por mí aunque no estés cerca, por demostrarme que tengo una hermana más.

A Onix por ser mi amiga de siempre.

A mis dos mejores amigos, Alain y Cecilio, por ser mis niños bellos, por sus consejos, apoyo y sus dulces palabras. Por enseñarme el verdadero significado de la amistad.

A Giselle por los sueños e interés compartidos: los libros, la filosofía, las salidas y las ansias de triunfar.

A Laury por el apoyo y cariño ofrecido, por enseñarme a creer en mí.

A Nena y Yaya por ser mis mejores cuidadoras. Por hacer preciosa mi niñez.

A Ángela por las lágrimas y las sonrisas. Por ser una fiel compañera en este período.

A mi hermanos Rudens y Tata y a mi tío Jonathan porque aún en la distancia me ofrecieron su apoyo.

A Alexis, por los consejos y el apoyo que le brinda a los estudiantes. Porque siempre pude contar con usted.

A Ernesto por calmar mis ansiedades, por sus correcciones y elogios. Por siempre estar dispuesto a ayudar.

A las cuidadoras estudiadas por las experiencias compartidas.

A Taimara por aceptar ser mi tutora, por la pasión que desborda en el trabajo, por las exigencias y regaños y sobre todo por el cariño y la amistad que hemos construido. Te quiero y mucho.

A Dios.

Resumen

La presente investigación posee como objetivo general caracterizar el bienestar psicológico de un grupo de cuidadores y cuidadoras de personas con esquizofrenia, tomando como categoría principal de análisis al bienestar psicológico. El estudio es exploratorio-descriptivo concebido desde una metodología cualitativa a través del estudio de casos múltiples donde fueron aplicadas técnicas como la entrevista, la observación, el cuestionario de Bienestar Psicológico CAVIAR y técnicas proyectivas como 10 deseos, asociación libre de palabras, pastel del tiempo y curva del bienestar. Los resultados evidencian una tendencia hacia la disminución del bienestar psicológico de las cuidadoras estudiadas por la existencia de cuantiosas vivencias de insatisfacción y preponderancia de una afectividad negativa en las diferentes áreas de sus vidas vinculadas principalmente con las exigencias del rol de cuidadoras. Se aprecian algunos factores psicosociales favorecedores y/o obstaculizadores del desarrollo del bienestar psicológico entre los que se pueden mencionar como favorecedores la adecuada autovaloración, la religión, la capacidad de reestructuración del campo, como obstaculizadores las características de la esquizofrenia y la no aceptación de esta enfermedad y como favorecedores y a la vez obstaculizadores el motivo por el cual se asume la labor del cuidado y la identidad de género.

Palabras claves: Bienestar psicológico y cuidadores(as)

Abstract

The following research has as general objective to characterize the psychological well-being of a group of people who take care of schizophrenia patients, taking as principal category of analysis the psychological well-being. The study is descriptive-exploratory conceived from a qualitative methodology through the study of multiple cases where there were applied techniques like the interview, the observation, CAVIAR Psychological Well-being questionnaire and projective techniques like 10 wishes, free association of words, pie of time and curve of well-being. The results evidence a tendency toward the decrease of the psychological well-being of the patient carers who were studied because of the existence of substantial experiences of dissatisfaction and preponderance of a negative affectivity in the different areas of their lives mainly linked to the demands of their role of carers. Some psychosocial factors which favor and/or hinder the development of the psychological well-being can be seen, among the ones which favor we can mention the adequate self-assessment, religion, and the capacity of restructuring of the field; and among the obstacles are the characteristics of schizophrenia and the non acceptance of this disease; and among the ones which favor and at the same time are obstacles we can mention the reason that one assumes responsibility for looking after patients and the identity of gender.

Key Words: Psychological Well-being and caregivers

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1: Fundamentación Teórica.....	4
1.1 Psicología Positiva.....	4
1.2 Bienestar Psicológico.....	9
1.3 Cuidadores/as y cuidado	19
1.4 La Esquizofrenia.	29
Capítulo 2: Diseño Metodológico	38
2.1 Tema.....	38
2.2 Problema de investigación.....	38
2.3 Fundamentación del problema de investigación.....	38
2.4 Objetivo General	40
2.5 Objetivos Específicos.....	40
2.6 Preguntas de investigación.....	41
2.7 Tipo de investigación	41
2.8 Método.....	42
2.9 Definiciones Conceptuales	42
2.10 Grupo de estudio	45
2.11Técnicas e instrumentos	46
2.12 Procedimiento para el registro y análisis de la información	50
2.13 Procedimiento General	51
Capítulo III: Análisis de los resultados	52
3.1 Análisis Integral y Discusión de los Resultados.....	52
3.1.1 Valoraciones de satisfacción con la vida y afectos habituales y afectos recientes.....	53
3.1.2 Factores psicosociales que favorecen y/u obstaculizan el desarrollo del bienestar psicológico.	76
Conclusiones.....	87
Recomendaciones.....	88
Bibliografía	89
Anexos	100

Introducción

El concepto de salud desarrollado en las últimas décadas en el contexto médico-social refleja un vínculo con un conjunto de factores psicosociales que trascienden lo biológico e imponen la necesidad de abordar a la salud desde una óptica positiva. (Victoria, 2004) Esto ha condicionado que el proceso salud-enfermedad adquiera un nuevo significado, y por ende que existan cuantiosos cambios relacionados con el cómo hacer y entender la ciencia. Se advierten transformaciones en las perspectivas de análisis, en los modelos de estudio y en las prioridades de las prácticas.

En la ciencia psicológica se aprecian cambios en la forma de comprender y explicar el comportamiento humano, esta vez centrándose menos en los síntomas y patologías, para hablar entonces desde las potencialidades y fortalezas humanas, tal como lo hace la psicología positiva que está permitiendo definir con mayor precisión los contornos del bienestar humano y está incorporando de pleno derecho el estudio de elementos positivos, que sin duda, amplían el marco de investigación y actuación de la psicología, en particular de la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica (Gómez, Hervas, Rahona & Vázquez, 2009), y que han sido a lo largo de la historia de esta ciencia temas escasamente investigados.

Si se realiza una revisión en la literatura científica publicada en los últimos cien años desde 1907 hasta 2007 se han publicado 77.614 artículos sobre estrés, 44.667 artículos sobre depresión, 24.814 sobre ansiedad pero solo 6.434 sobre bienestar en esta vasta y larga producción, el número de trabajos sobre felicidad 1.159 o sobre disfrute 304 es casi testimonial. (Salanova, 2008 citado por Gómez et al., 2009) Estos datos develan la novedad que poseen los estudios desde una visión positiva del ser humano.

Entre ellos se pueden hacer mención de los relacionados con el bienestar psicológico el cual posee una calidad de determinante y a la vez componente esencial de la salud humana. En el contexto científico aún no existe un consenso en cuanto a su conceptualización y sus determinantes. Ha sido estudiado principalmente en personas

enfermas, y en menor medida en otros grupos que se advierten vulnerables como son las cuidadoras y cuidadores de personas con enfermedades crónicas.

Cada vez más los cuidados a personas con enfermedades crónicas es ofrecido por un familiar, entre otros factores, por el aumento de la incidencia de estas enfermedades en las personas que ha traído consigo que las demandas de servicios de cuidado en los sistemas de salud superen su capacidad de respuesta. Entre estas enfermedades figura la esquizofrenia, la cual presenta una importancia global además de por su evolución crónica por los grados de discapacidad y pérdida del funcionamiento psicosocial que ocasiona a quienes la padecen. (Dueñas, 2014)

La desinstitucionalización paulatina de los pacientes con trastornos mentales graves (demencias y trastornos psicóticos) determinada por los avances de la ciencia en la generación de psicofármacos en la década del 50 y el Movimiento de Reforma Psiquiátrica en la década del 60 implica la vinculación a la familia y la comunidad de un gran número de pacientes psiquiátricos.

Aunque se reconoce la modalidad comunitaria como un método efectivo, también se ha demostrado que la familia puede ser propensa a vivenciar sobrecarga por el mantenimiento del paciente psicótico en la comunidad. (Castilla, et al., 1998 citado por Almaguer, 2012) En la mayoría de los casos este cambio, la desinstitucionalización, no ha sido acompañado de intervenciones para la instrucción de los familiares sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento necesarias para optimizar el desempeño del rol de cuidador. (Reinares et al, 2004 citado por Almaguer, 2012)

Por lo tanto se hace necesario reconocer a este sector de la población como personas necesitadas de una atención personalizada por parte de la comunidad científica y la sociedad. El presente estudio responde a tan urgente demanda, en tanto pretende estudiar el bienestar psicológico de un grupo de cuidadores y cuidadoras de personas con esquizofrenia.

Devela su novedad y pertinencia para la realidad cubana pues concibe el estudio desde la perspectiva de la psicología positiva, desviándose de los temas tradicionales estudiados sobre los cuidadores(as) como estrés, malestar, sobrecarga, etc. Por otra

parte no existen en el contexto nacional referencia de investigaciones que articulen estas dos temáticas, bienestar psicológico y cuidadores(as) de personas con esquizofrenia, pues aunque si se evidencian algunos estudios volcados en la temática su grupo de estudio lo constituyen cuidadores y cuidadoras de personas con otras enfermedades como discapacidad física, demencia tipo Alzheimer y enfermedades oncológicas.

Además con la profundización en la expresión del bienestar psicológico de estos cuidadores y cuidadoras se podrá enriquecer los conocimientos acerca del mismo, los cuales se muestran insuficientes en Cuba, en aras de comprender mejor su complejidad y así establecer pautas para su futura potenciación.

Teniendo presente cada una de las consideraciones previas, se plantea como *Problema de Investigación*: ¿Cuáles son las características del bienestar psicológico de un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con Esquizofrenia? Estableciéndose como *Objetivo General*: Caracterizar el bienestar psicológico de un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con Esquizofrenia.

El informe de investigación se conforma con tres capítulos fundamentales. En el primero se realiza una sistematización de los principales referentes conceptuales que constituyen el sustento teórico del estudio. El segundo capítulo muestra el diseño metodológico que guiará la investigación, se develan el problema de investigación, los objetivos propuestos, la categoría y dimensiones de trabajo, características del grupo de estudio y la descripción de la metodología y técnicas implementadas. En el tercer capítulo se analizan y discuten los resultados obtenidos. Luego se mostrarán las principales conclusiones de la investigación, que se corresponden con los objetivos planteados. Seguidamente se ofrecen algunas recomendaciones que garantizarán la continuidad del estudio.



CAPITULO PRIMERO
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1: Fundamentación Teórica

1.1 Psicología Positiva.

La Psicología tradicionalmente se ha encauzado hacia el estudio y análisis de patologías y enfermedades mentales, adquiriendo un cúmulo de sapiencias que le ha permitido producir teorías acerca del funcionamiento mental humano y ha favorecido al desarrollo de nuevas terapias farmacológicas y psicológicas para la enfermedad mental, alcanzándose importantes avances en materia de recuperación de las personas. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 citado por Cuadra & Florenzano, 2003)

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la Psicología se había trazado tres metas: curar la enfermedad mental, auxiliar a las personas a obtener una vida más productiva y satisfesa e identificar y promover el talento. Una vez finalizado este acontecimiento mundial, la Psicología cambió su orientación influenciada por el suceso de dos eventos: en 1946 se fundó la Veterans Administration y muchos psicólogos se abocaron al tratamiento de la enfermedad mental, y en 1947 se fundó el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health) haciendo que muchos investigadores contemplaran con relevancia el estudio de la psicopatología. Estos acontecimientos beneficiaron el cumplimiento y desarrollo de la primera misión propuesta por la Psicología, curar la enfermedad mental, relegando a un segundo plano la atención a las restantes misiones. (Castro & Lupano, 2010) Se fue instaurando así paulatinamente en la ciencia psicológica una tendencia hacia el estudio de los síntomas y patologías en detrimento del estudio de las potencialidades y fortalezas humanas.

En realidad, la dedicación por parte de la Psicología a la comprensión, reducción, y remedio del malestar derivado de problemas individuales y sociales de diversas índoles como los trastornos psicológicos, enfermedades físicas agudas o crónicas, violencia escolar, prejuicios, racismo, etc., era la tarea más urgente, y las demandas sociales eran muy elevadas para afrontar dichos problemas, por tanto, hasta cierto punto, el agudo progreso en esta dirección es totalmente lógico y adecuado, pero la carencia de un equilibrio en la investigación y formación psicológica acerca del otro

extremo, la personalidad sana y de los procesos salutógenos desvió la balanza hacia un solo polo. (Antonovsky, 1987 citado por Hervás, 2009) Condición que reclamaba un cambio, pues ya se hacían sentir sus desventajas.

La Psicología aún no comprometida con la necesidad de cambio de modelo a seguir continuó preocupándose más por la enfermedad que por los elementos positivos que poseen los seres humanos como el bienestar, el optimismo y la felicidad. En este ámbito nace la Psicología Positiva con el objetivo de investigar sobre las fortalezas y virtudes humanas y sus efectos a nivel individual y social. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 citado por Cuadra & Florenzano, 2003)

La Psicología Positiva surge en el año 1998 en la conferencia inaugural de Martin Seligman, como presidente de la Asociación de Psicólogos Norteamericanos (APA), quien la nombra como la ciencia que estudia la experiencia subjetiva o emociones positivas, las tendencias individuales o rasgos de personalidad positivos y los aspectos para su logro. (Seligman y Peterson, 2007 citado por Mariñelarena-Dondena, 2008)

En la presentación de la Psicología Positiva, Martin Seligman aludió que sus principales temas de investigación se podían congregarse en tres grandes bloques: el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas. Muchos autores, en los últimos años han agregado un bloque más: las relaciones positivas. (Peterson, 2006 citado por Hervás, 2009)

La Psicología Positiva se centra a nivel individual en el estudio de la capacidad de amar, las habilidades interpersonales, el perdón, la sensibilidad estética, la originalidad y el talento. Mientras que a nivel social ahonda en las virtudes ciudadanas y las instituciones que instan a las personas a ser mejores ciudadanos. (Cuadra & Florenzano, 2003)

Estos postulados encuentran sus antecedentes en varios autores e investigaciones que aludían sobre ellos aunque con un acento diferente. Entre estos figura la llamada Psicología Humanista, primera que habló desde la Psicología con rasgos del Enfoque Salutogénico, en los años 60 y 70 del siglo XX. Representantes de esta corriente psicológica como Abraham Maslow y Carl Rogers, exponían en sus principios que a la

Psicología le correspondía estudiar con igual afán la enfermedad como las potencialidades y capacidades psíquicas. (Gancedo, 2009; Hervás, 2009)

En términos de autores cabe destacar Robert Sternberg, Albert Bandura, Howard Gardner, Carol Ryff y Ed Diener por solo hacer mención de algunos, pues realizaron notables contribuciones y profundizaron en aspectos positivos del ser humano en un contexto de desinterés y prejuicios negativos hacia estos temas. (Hervás, 2009)

En la década de los ochenta del siglo XX, antes de que la Psicología Positiva conociera la luz, estaban abordando algunos psicólogos elementos y aspectos que actualmente forman parte de sus líneas de investigación, entre los que se pueden mencionar las investigaciones sobre apego, comportamientos prosociales y la inteligencia emocional. (Castro Solano, 2009 citado por Castro & Lupano, 2010)

En sus inicios la Psicología Positiva estuvo acompañada de calificativos como nueva corriente o nueva ciencia. Actualmente ha demostrado que es una vertiente suscrita al Enfoque Salugénico de la Psicología que venía germinándose desde décadas atrás, por las Ciencias Sociales donde la Psicología no se quedaba exenta. Este enfoque se centra en la promoción de la salud, (Gancedo, 2009) la cual se extiende más allá de la prevención de la enfermedad, busca potenciar la salud y el bienestar en términos generales.

Castro Solano (2009) plantea que la Psicología Positiva no debe entenderse como un movimiento filosófico y sus postulados no son recetas para lograr la felicidad. Opera a través de la comunidad científica internacional y contiene un conjunto de investigaciones que respaldan sus nociones. Además no niega ni invalida el malestar y estados negativos de los seres humanos. Propone compensar la tendencia de la Psicología de ocuparse casi absolutamente de los trastornos y molestias y sus posibles soluciones, con el estudio de las cualidades positivas. (Citado por Castro & Lupano, 2010)

La Psicología Positiva no pretende conformar un sistema conceptual cerrado sobre la explicación del funcionamiento de los seres humanos, se alza como una visión plena de todo aquello que ofrezca al bienestar de individuos y grupos humanos. Realiza una

exhortación a los psicólogos a adoptar una perspectiva más amplia y optimista sobre las necesidades, el potencial y capacidades humanas. (Roca, 2014)

A pesar de su novedad, la Psicología Positiva ha alcanzado un rápido posicionamiento en la comunidad psicológica internacional, que puede estar condicionado por la ya mencionada necesidad existente dentro del campo de la Psicología de poseer conocimientos sobre sus temas de interés en aras de lograr su promoción. Es válido destacar que este repentino ascenso no ha sido por una simple moda a seguir sino por el arduo trabajo de sus representantes que han ofrecido importantes resultados. Son notables sus contribuciones pero aún quedan aspectos por profundizar. Al respecto Gancedo (2009) expone:

Entre los aportes más significativos de la Psicología Positiva se encuentran:

- La definitiva cristalización del Enfoque Salugénico en Psicología.
- Su acción catalizadora, al nuclear bajo su paraguas las investigaciones y corrientes previas que se ocuparon del bienestar psíquico.
- La difusión del interés en los aspectos positivos del psiquismo, tanto en la comunidad científica como a nivel de la sociedad en general.

Por otra parte, la Psicología Positiva todavía adeuda:

- La construcción de un modelo epistemológico unificado y coherente que organice, sistematice y guíe el conocimiento acerca del bienestar psíquico.

Esta deuda se observa en la atomización, solapamiento y redundancia de muchos de los desarrollos de la Psicología Positiva.

-La presentación de teorías y de modelos psicoclínicos que deriven del modelo epistemológico antedicho. (pág. 17)

Sus fortalezas y debilidades han sido tema de interés en la comunidad científica pero los vinculados con su futuro no se quedan rezagados. Agudos debates sobre lo que acontecerá con la Psicología Positiva en los próximos años han emergido entre los profesionales de esta ciencia, algunos predicen su desaparición y otros un próspero porvenir.

Al respecto Roca(2014) expresa que la Psicología Positiva, más que ser un sistema coherente que aspira establecerse como un nuevo paradigma hegemónico, es una visión abierta y provechosa de interpretar y hacer la Psicología, que centra su atención en la salud y bienestar de las personas, aspectos hacia los cuales debió siempre enfocarse la ciencia psicológica, trascendiendo complejos y muchas veces yermos avatares epistemológicos; evidenciando claramente que el normal funcionamiento de las personas no puede ser sólo comprendido dentro de los marcos referenciales simplemente negativos o focalizados en los problemas.

Es notable que a la Psicología Positiva le queda un largo sendero por recorrer pero es incuestionable el mérito que acredita por rescatar temas como emociones positivas y fortalezas humanas, y motivar a diversos profesionales a preocuparse por estos, tal es el caso de la presente investigación, la cual se ha concebido desde este enfoque y se centra en el bienestar psicológico, unos de sus principales temas de investigación.

En el estudio del bienestar psicológico aún no hay un consenso en cuanto a los elementos que lo conforman, existiendo disímiles conceptualizaciones y por ende diversas formas de comprenderlo. Resulta necesario conocer cada una de ellas para luego tomar partido por la que se considere más idónea para este estudio. El siguiente apartado está dedicado a ello.

1.2 Bienestar Psicológico.

En los últimos años ha surgido un gran interés por el estudio del bienestar dentro de la ciencia psicológica, impulsado entre otros acontecimientos por el surgimiento y postulados de la Psicología Positiva. Las raíces de estas investigaciones se pueden anclar en los pensamientos filosóficos antiguos sobre “la vida buena”, “la vida virtuosa” y “el cuidado del alma” defendidos por Platón, Aristóteles, Confucio, Séneca etc. y además por las corrientes espirituales de Oriente y Occidente: el cristianismo, el budismo, el hinduismo etc., que más tarde abrirían las puertas a la investigación sobre la felicidad que desde entonces continúa extendiéndose alrededor de todo el mundo. (Vielma & Alonso, 2010)

El análisis de esta categoría dentro del ámbito psicológico se ha caracterizado por un desarrollo histórico permeado por agudos debates en torno a su definición teórica. La comunidad científica adolece de un consenso respecto a sus componentes y por ende, modos de comprensión. Algunas de estas controversias han surgido por el empleo generalizado de esta categoría en diversos campos científicos; los sociales, económicos y políticos, y especialmente dentro de las ciencias psicológicas que lo han concebido como equivalente de otros constructos como la felicidad, la calidad de vida, funcionamiento positivo, salud mental, resiliencia y motivación, aunque distan de ser sinónimos. (Ballesteros et al, 2006 citado por Vielma & Alonso, 2010)

Además la falta de acuerdo en su conceptualización puede estar dado entre otras causas por su carácter temporal, origen plurideterminado donde influyen factores objetivos y subjetivos. (Victoria & González, 2000) Resulta necesario entonces develar la complejidad de su estudio, abocado a la delimitación y exposición de su concepto.

En las discusiones científicas acerca de los elementos que conforman al bienestar, desde sus albores hasta la actualidad, se ha reproducido dos antiguas corrientes filosóficas (Gómez et al., 2009). La primera es conocida como el Hedonismo (Kahneman et al., 1999 citado por Gómez et al., 2009) la cual concibe al bienestar como “la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo” (Gómez et al., 2009, pág. 17). La segunda es nombrada Eudaimonia y define al bienestar como el

“vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos” (Ryan, Huta & Deci, 2008, citado por Gómez et al., 2009, pág. 17)

En los pensamientos de Epicuro y otros filósofos griegos se encuentra los comienzos del hedonismo que defiende “que el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad posible de placer (aunque orientado al disfrute y las actividades nobles) y la felicidad sería en cierto sentido una suma de momento placenteros”. (Gómez et al., 2009, pág. 17)

La perspectiva Eudaimónica, por su parte, posee su génesis en el pensamiento aristotélico cuando “exhorta a los hombres a vivir de acuerdo con su daimon, ideal o criterio de perfección hacia el que uno aspira y que dota de sentido a su vida. Todos los esfuerzos por vivir de acuerdo con ese daimon y hacer que se cumplan y logren todas las potencialidades, se considera que darán lugar a un estado óptimo, la eudaimonia” (Avia & Vázquez, 1998 citado por Gómez et al., 2009, pág. 18).

En la Psicología se emplean diferentes términos al hacer referencia al bienestar, lo que está influenciado por la existencia y desarrollo de estas tradiciones filosóficas, así los seguidores del Hedonismo hablan del bienestar subjetivo y los representantes de la Eudaimonia hacen alusión al bienestar psicológico. (Gómez et al., 2009; Vielma & Alonso, 2010) Cuando se habla del bienestar subjetivo los dos aspectos que toman relevancia son la felicidad y la satisfacción con la vida, por su parte el bienestar psicológico está asociado con el crecimiento personal y desarrollo de las potencialidades humanas. (Rodríguez & Quiñones, 2012; Vielma & Alonso 2000)

Algunos autores demuestran su inconformidad respecto a esta dicotomía sobre el estudio del bienestar, Victoria y González (2000) plantean que resulta redundante hablar en términos de bienestar subjetivo, pues cuando se alude al bienestar este lleva implícita la experiencia personal. Además agregan que estas dos terminologías han sido empleadas como sinónimos en diversos estudios alegando que están estrechamente vinculadas. Vielma (2009) por su parte aboga por el empleo de la denominación bienestar psicológico, en tanto es una experiencia subjetiva, para

diferenciarlo de otras expresiones psíquicas como es el caso del bienestar existencial, social o familiar. (Citado por Vielma & Alonso, 2010)

Esto demuestra una vez más la divergencia de criterios respecto al estudio del bienestar. En la literatura científica se hace evidente el desarrollo de disímiles investigaciones que toman como cimiento estas dos terminologías: el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo. Estas dos líneas de investigación apuntan a factores del bienestar, “pero a lo largo de la literatura psicológica, estas dos caras de la misma moneda se han ido matizando y diferenciando la una de la otra”. (Fernández, Pérez & González, 2013, pág. 71). Pero ¿cómo se ha ido forjando este camino plagado de divergencias entre dos terminologías que a pesar de sus diferencias mantienen una estrecha relación?

Se reconoce que fue a inicios de la década de los 60 del siglo XX cuando surgieron los primeros trabajos científicos sobre el bienestar en aras de definirlo y encontrar sus componentes. Entre estos estudios se encuentran los de Cummings y Henry en 1961, que ubicaron sus fuentes dentro del individuo, y el de Cantril en 1965, que por su parte las ubica en factores contextuales que pre-dicen la satisfacción con la vida de cada persona, señalando que había una sustancial variación en la importancia de las metas a través de las sociedades y en la percepción del éxito personal. (Oramas, Santana & Vergaras, 2006)

Warner Wilson (1967) hizo una amplia revisión del bienestar subjetivo, concluyendo que una persona feliz era: “una persona joven, saludable, con una buena educación, bien remunerada, extravertida, optimista, libre de preocupaciones, religiosa, casada, con una alta autoestima, una gran moral del trabajo, aspiraciones modestas, de uno u otro sexo y con una inteligencia de amplio alcance” (citado por García, 2002, pág. 294).

Bradburn y Caplovitz, 1969, propusieron una mirada diferente del bienestar basada en la disposición de ánimo y afecto-felicidad. Lo novedoso de su trabajo fue concebir a la felicidad no como la ausencia de un perjuicio negativo, sino como el equilibrio positivo en la relación existente entre las experiencias buenas y malas que son la sustancia de la vida cotidiana. (Oramas, Santana & Vergaras, 2006)

Disímiles son los estudios que se erigieron en años posteriores a los ya mencionados pero entre ellos resalta los realizados por Diener, destacado representante del Hedonismo, para el cual el bienestar subjetivo es “la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones)”. (Victoria & Gonzales, 2000, pág. 587) Diener (1994) plantea que la satisfacción posee una determinada discordancia como resultado de la comparación con modelos, lo que integran necesidades y metas. Las personas establecen valoraciones de satisfacción en dependencia de sus condiciones actuales y esos modelos, valoración que puede variar para cada una de las áreas de la vida de los sujetos. (Citado por Victoria, 2004) Además concibe como indicadores fundamentales del bienestar subjetivo la presencia frecuente y constante de los afectos positivos y la disminución y corta duración de los afectos negativos (Vielma y Alonso, 2010), planteando que estos afectos son constructos independientes de la satisfacción. (Lucas, Diener y Suh, 1996 citado por Castro, 2009)

Este autor a pesar de reconocer como componentes del bienestar elementos cognitivos y afectivos, en tanto se refiere a las valoraciones de satisfacción que hacen las personas de las diferentes esferas de su vida y los afectos negativos y positivos experimentados por estas, no visualiza una unidad entre los mismos, elemento que puede destacarse como una carencia de su concepción sobre el bienestar.

Queda demostrado que las investigaciones sobre el bienestar subjetivo contemplan como sus elementos los aspectos afectivos y cognitivos de las personas, por su parte la tradición sobre el bienestar psicológico se ha inclinado hacia el desarrollo de las capacidades y crecimiento personal, concebidas como los primordiales indicadores del funcionamiento positivo de los individuos. (Díaz et al., 2006; Rodríguez & Quiñones, 2012) Esta concepción Eudamónica del bienestar se asocia con un objetivo en la vida, con que esta obtenga significado para uno mismo, con los retos y con el esfuerzo para superarlos y obtener laudables metas, centrando su interés en el desarrollo personal, en los estilos de afrontamiento, en la voluntad y el afán por conseguir los proyectos. (Romero et.al,2009)

En las investigaciones de este campo resalta las realizadas por Carol Ryff, una de las autoras más importantes dentro de la perspectiva Eudaimónica, la cual se propuso desarrollar un modelo sobre el bienestar psicológico en aras de integrar los conceptos que habían sido estudiados previamente. Su interés surge de una evaluación detallada de lo investigado hasta el momento, donde afloró la necesidad de crear un constructo que englobara la idea original de la Eudaimonia, que contuviera terminologías como la de autorealización, el desarrollo y potenciación de las capacidades humanas. (Ryff & Singer, 2008 citado por Rodríguez & Quiñones, 2012)

Esta investigadora argumenta que los estudios del bienestar han adolecido históricamente de una consistente base teórica y han negado importantes aspectos del funcionamiento positivo. Ryff proponiendo el término de bienestar psicológico para distinguir su concepción del bienestar subjetivo más propio de la concepción hedonista, ha intentado superar esas limitaciones definiendo el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo. (Ryff 1989, 1995 citado por Gómez et al., 2009)

Ryff ofrece una interesante perspectiva articulando las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. (Castro, 2009) Para la autora el Bienestar Psicológico es “el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo”. (Rodríguez & Quiñones, 2012, pág. 10) Expone que el bienestar Psicológico está compuesto por seis dimensiones claramente diferenciadas: autoaceptación, autonomía, crecimiento personal, propósitos en la vida, relaciones positivas con los otros y dominio del entorno. (Ryff & Keyes, 1995 citado por Castro, 2009)

El desarrollo alcanzado en cada dimensión no siempre es semejante en todo momento. El modelo de Riff admite las fluctuaciones y contrastes en el proceso de crecimiento personal, por lo que los individuos pueden mostrar fortalezas en las diferentes áreas mientras desarrolla otras. (Rodríguez & Quiñones, 2012)

Este modelo multidimensional se ha hecho notable en el área de estudios sobre el bienestar, su creadora logra abarcar en seis dimensiones una serie de elementos

necesarios para que las personas se sientan felices. A pesar de ello obvia aspectos hedónicos, vinculados con el Bienestar Subjetivo, así como los componentes psicosociales del bienestar. (Vázquez, Hervás, & Y. Ho, 2006 citado por Rojas, 2014)

Otra de las teorías que integran la perspectiva Eudaimónica del bienestar es la defendida por Ryan y Deci, conocida como la teoría de la autodeterminación, la cual relaciona a la autorrealización con el bienestar, como elemento esencial en su conceptualización. Basada en uno de los principios del humanismo; donde se plantea que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo, expone que este funcionamiento psicológico sano se obtiene a través de la satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas: la autonomía, la competencia y la vinculación y del logro de un sistema de metas congruente y coherente. (Deci y Ryan, 2000 citado por Gómez et al., 2009) Este es un modelo que dista muy poco de los planteamientos propuestos por Ryff.

Los estudios de Corey Keyes son dignos de presentar en tanto ofrece una propuesta interesante que permite comprender al bienestar más allá del individuo y su entorno inmediato. Propone un modelo de tres esferas generales y diferentes para operativizar la salud mental positiva, las cuales son: el bienestar subjetivo (incremento del afecto positivo y disminución del afecto negativo y una acrecentada satisfacción con la vida), el bienestar psicológico (que incluye las seis dimensiones defendidas por Ryff) y el bienestar social; elemento que devela la novedad de este modelo. El bienestar social es comprendido como la percepción de satisfacción que poseen los sujetos de la sociedad que los rodea. (Hervás, 2009) Esta concepción del bienestar irrumpe también en las deficiencias de los demás postulados sobre los elementos que determinan o condicionan al bienestar y sus áreas de manifestación, lo que parece ser un callejón sin salida. No presenta una visión integradora de dichas esferas y a pesar de reconocer lo social como elemento condicionante del bienestar no habla sobre el papel de lo histórico cultural en la determinación del mismo.

La exposición de disímiles nociones sobre el bienestar demuestra la complejidad de su estudio reflejándose en la falta de consistencia teórica; cada una intenta superar a sus precedentes proponiendo conceptos nuevos que engloban diferentes

componentes y modos de relación entre los mismos, sin abarcar completamente la complejidad de este fenómeno.

Existe un modelo que se mantiene al margen de la histórica dicotomía entre la perspectiva Hedónica y la Eudaimónica del bienestar, se hace alusión al estudio realizado por la Doctora Carmen Regina Victoria García-Viniegras en el 2004, la cual brinda una conceptualización integradora del bienestar donde emplea categorías del Enfoque Histórico Cultural defendido por Vygostki para comprender y elaborar su teoría. Aboga por la unión de lo afectivo-cognitivo, elementos que habían sido abordados por los postulados antecedentes pero tratados de forma independiente o con mayor énfasis sobre uno en detrimento del otro, razón que en última instancia fundamenta su empleo como marco de referencia en el presente estudio. Para esta autora el bienestar psicológico es concebido como:

La vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones socio-histórico y culturales en que se desenvuelve el individuo. (Victoria, 2004, pág. 11)

Una vez presentada la definición teórica se hace necesario reflejar los planteamientos de Victoria sobre su noción del bienestar en tanto constituyen los cimientos de esta conceptualización.

El bienestar psicológico no puede ser concebido como un estado, “aunque hay una fuerte evidencia a favor de la existencia tanto de aspectos estables como de aspectos transitorios del bienestar subjetivo, los aspectos estables parecen tener efectos significativamente más fuertes que los aspectos transitorios”(Victoria & González, 2000, pág. 588), por lo cual lo define como una vivencia relativamente estable.

Al respecto la autora plantea que “el bienestar psicológico se vincula a un tono psicoafectivo con carácter estable, derivado de vivencias personales, irrepetibles, surgidas en el marco de la vida social y de la historia personal”. (Victoria, 2004, pág. 11)

Cuando sostiene que el bienestar psicológico es una vivencia nos relata la incuestionable unidad existente entre los elementos afectivos y los cognitivos presentes en el bienestar, unidad que no había sido vislumbrada en otros estudios. En la vivencia queda plasmada la influencia del medio en los procesos psicológicos de las personas y la singularidad de los mismos como seres activos con un sistema de configuraciones psicológicas complejas reguladoras de sus comportamientos.

Los aspectos cognitivos los considera los elementos más estables a pesar de que se puede encontrar en la esfera afectiva elementos estables, relacionados con los rasgos de la personalidad y elementos menos estables vinculados a estados emocionales reactivos. Reconoce así la existencia de elementos transitorios y estables que son reflejo de lo afectivo y cognitivo, como determinantes del bienestar en estrecha relación regulados por la personalidad y por el entorno socio-cultural en el cual se encuentran insertados las personas. (Victoria, 2004)

Un mérito que acredita esta noción teórica y que puede ser mencionada como deficiencia de las teorías sobre el bienestar es rescatar el papel que juega lo histórico-cultural en la determinación del bienestar psicológico de las personas, en tanto son seres sociales. Esta investigadora siendo fiel al modelo que empleó como referencia, el Enfoque Histórico Cultural, pone de manifiesto dos principios de Vygostki: el principio del determinismo histórico-social de los procesos psíquicos y el principio de la interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico. Afirma que el bienestar psicológico posee una incuestionable determinación socio-cultural y afloran

como condicionantes del mismo lo biológico, lo social y lo psicológico, elementos que establecen una interrelación dialéctica, donde la personalidad desempeña un rol esencial como sistema regulador. (Victoria, 2004)

Esta autora devela la orientación temporal del bienestar psicológico, asevera que está relacionado con el presente, pero también con el pasado y futuro de las personas:

El bienestar psicológico se deriva de experiencias humanas vinculadas al presente, pero está mediado por experiencias del pasado en tanto “lo logrado” es fuente de bienestar, pero a la vez posee una proyección al futuro, pues las metas, aspiraciones y objetivos en la vida se proyectan temporalmente al futuro. Esa satisfacción con la vida surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal, así como lo individual subjetivo que refleja esa realidad externa. (Victoria, 2004, pág. 12)

Estas son las principales nociones propuestas por la Dra. Carmen Regina Victoria sobre los elementos que conforman al bienestar psicológico, categoría que ha sido objeto de estudio de cuantiosas investigaciones.

Diversas son las investigaciones destinadas a su caracterización y evaluación, que generalmente se realizan con personas que padecen enfermedades crónicas o en estado terminal, estudiantes, adolescentes, jóvenes deportistas y universitarios, relegando a un segundo plano a otros grupos de personas que por diversos factores

se alzan como un sector sensible y vulnerable, entre estos se puede hacer mención de los cuidadores y cuidadoras.

En las investigaciones consultadas se advierten solo cinco referidas al estudio del bienestar psicológico en estas personas: dos en el ámbito internacional (Félix et al., 2012; Matus & Barra, 2013) aunque se confía en la existencia de otras, y en el ámbito nacional exclusivamente tres (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; Rojas, 2014). Estas cifras develan que las investigaciones sobre el bienestar en las personas cuidadores(as) son escasas en nuestro contexto.

Otro factor que puede estar influyendo en la existencia de pocos antecedentes sobre el tema es la tendencia de los investigadores de abordar el tema de los cuidadores y cuidadoras en términos negativos. Prestan mayor atención a otros aspectos como el malestar, el estrés, la depresión y la sobrecarga que vivencian estas personas por el rol que asumen, obviando las satisfacciones y estados emocionales positivos que pueden experimentar en el desempeño de esta labor, elementos que han sido avalados por los resultados de diversos estudios. (Acosta,2014; Cánovas, 2014; García,2011; Ribe, 2014; Rojas, 2014)

Enfocarse en los aspectos positivos de los cuidadores y cuidadoras contribuye al logro de una mejor salud mental de los mismos, al no estar considerando únicamente el incuestionable aspecto negativo que posee su situación y la de su familiar. (Rap y Chao, 2000 citado por Crespo & López, 2006) Además el bienestar psicológico se puede concebir como un elemento de la salud, ya que se expresa en todas las esferas de la vida del individuo y favorece a la felicidad de este, a su mejor funcionamiento, productividad, creatividad y desarrollo en las esferas de su vida y por tanto, al desarrollo general y saludable de esta persona. (Victoria y González, 2000)

Por tales argumentos se defiende una investigación desde una mirada positiva sobre un fenómeno tan complejo, el relacionado con los cuidadores y las cuidadoras. Se hace necesario entonces develar sus principales características e implicaciones y consecuencias de ejercer la labor del cuidado. En el siguiente acápite se profundizará sobre estas temáticas.

1.3 Cuidadores/as y cuidado

Cuidar es un término muy relacionado con la vida humana, en tanto posee una gran influencia en su mantenimiento y desarrollo. Los seres humanos no se escapan de la dicotomía de cuidar y ser cuidados, pues ambos roles son asumidos en algún momento de sus historias de vida. La labor del cuidado es conjugada y calificada por las personas en dependencia de sus vivencias, lo que hace que se convierta en una experiencia única en cada existencia.

Los científicos en las últimas décadas se han interesado por el estudio de este rol y de las personas que los desempeñan, acotando en sus trabajos sus características y definiciones, se puede mencionar entre estas últimas la ofrecida por Colliere donde refiere que cuidar “es un acto individual que nos préstamos a nosotros mismos desde que somos autónomos, pero es también un acto de reciprocidad que prestamos a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene la necesidad de ayuda para realizar sus necesidades vitales”.(Colliere, 1989, citado por Espín, 2010, p.13)

El cuidar también es concebido como una relación y un proceso, no se comprende como el simple cumplimiento de actividades y prescripciones médicas. Es una relación establecida con una actitud positiva y comprometida con el bienestar del otro, donde intervienen el amor hacia el receptor de los cuidados y el elemento práctico que demanda cuidar a otro, factores que expresan su dualidad. (De la Cuesta, 2007 citado por Espín, 2010)

García en el 2011 expresó que “el cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies como hecho innato de los seres humanos por preservar su mundo(...) Por ello, somos el resultado del cuidado y descuido ejercido los unos sobre los otros a través de la historia”.(pág. 70)

Es incuestionable la importancia del ejercicio del cuidado, pero a pesar de ello ¿por qué fue a finales del siglo XX que este y el fenómeno que engendra a su alrededor se convirtieron en un pretendido objeto de estudio de la ciencia psicológica? Las condiciones históricas de los actuales tiempos pueden citarse como algunos de los factores responsables de este acontecimiento.

Son muchas las transformaciones y cambios sociales que se han ido manifestando desde hace algunos años, esencialmente en las sociedades occidentales, tales como el aumento de la esperanza de vida, la baja natalidad y mortalidad infantil, el envejecimiento demográfico, la evolución epidemiológica y los cambios en la estructura familiar, sucesos que han demandado del accionar de un gran número de cuidadores, fenómeno que se ha volcado social reclamando una reorganización y atención desde disímiles contextos, los sociales, económicos, políticos, sanitarios, psicológicos, tecnológicos y familiares. (Carretero Gómez, Garcés Ferrer, & Ródenas Rigla, S/F citado por Rojas,2014)

Existen muchos motivos por los que se ofrece ayuda a una persona que lo necesite, entre estos figuran la vocación, normas sociales, las necesidades económicas y el reconocimiento social. Se expresa con frecuencia que la motivación personal es suficiente para ejercer la labor del cuidado, sin importar la formación y conocimientos previos salvo en casos de cuidar personas con graves discapacidades, sin embargo, en función de las particularidades y complejidad de la patología presentada por el receptor del cuidado será necesaria la capacitación previa, el recibir información sobre la enfermedad y su desarrollo. (Martínez, 2006 citado por Steele 2010)

La acción de cuidar es desempeñada por personas denominadas cuidadores y cuidadoras. Flórez (1997) cataloga a estos como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales, o de sus relaciones sociales”. (Citado por García, 2011, pág. 72) Otra conceptualización es la defendida por Pinto, Ortiz y Sánchez (2005) donde expresan que el cuidador tiene una relación de cercanía o de parentesco y “asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Él o ella, participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad”. (Citado por García, 2011, pág. 72) Estas definiciones como muchas otras adolecen de una mirada más profunda de lo que es ser un cuidador o cuidadora, pues obvian muchas de las características que posee la tarea del cuidado, sus exigencias y repercusiones.

Este rol demanda de la persona que presta los servicios el conocer las necesidades del individuo dependiente y saber cómo satisfacerlas, esto es reconocido como las dos vertientes de esta tarea. En dependencia del origen de la afectación, cuidar puede solicitar escaso trabajo o por el contrario un gran esfuerzo, puede ser ejercido por breve tiempo o desempeñarse durante una larga jornada que en ocasiones no se sabe el día en que podrá terminar. Cuando es una compleja actividad o se extiende durante mucho tiempo, puede resultar para el cuidador o cuidadora una práctica diaria que consume parte de sus recursos y energías. (Crespo & López, 2006)

Cuidar les impone a los cuidadores y cuidadoras exigencias complejas y nuevas en sus vidas cotidianas que deben responder adecuadamente en aras de favorecer al receptor del cuidado. Los cuidadores, generalmente, no están preparados para asumir las tareas y responsabilidades que le son asignadas (Astrid, 2007) esto puede estar asociado a la escasez o nula preparación y capacitación que poseen algunas personas para ejercer este rol o porque las exigencias sobrepasan sus capacidades reales y potenciales. Aprender a cuidar no es un hecho que surge automáticamente y en ocasiones no resulta fácil, es una actividad que presenta grados de dificultad y puede constituir una gran fuente de estrés. (Almaguer, 2012)

La labor del cuidado encierra todo un arsenal de consecuencias para la persona que lo ejecuta. Algunas de ellas son la vulnerabilidad a padecer alteraciones somáticas, dolor crónico del aparato físico-motriz, cefalea tensional, la astenia y la fatiga crónica, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, debilitamiento de la función inmune y una mayor predisposición a úlcera péptica y enfermedad cardiovascular, entre otras. Además son propensos a presentar afectaciones vinculadas con la automedicación de forma elevada (Pécuro et al. 2006 citado por Espín, 2010), pues asisten menos a los servicios de salud en comparación con el resto de la población e ingieren más fármacos. (García, 2011)

Otra implicación que trae consigo efectos negativos en los cuidadores y cuidadoras es la referida a la distribución del tiempo. La vida del cuidador(a) generalmente se planifica en función de la persona dependiente y los cuidados atencionales tiene que hacerse simultáneos con las actividades de la vida cotidiana. Fundamentalmente en

las enfermedades crónicas y degenerativas, no son las tareas del cuidado las se acomodan al horario de los cuidadores por el contrario todo el horario se adapta en función del enfermo que recibe la ayuda: horario laboral, de comidas, de recreación, etc. (Alonso, 2002, Dellmann-Jenkins, Blankemeyer & Pinkard, 2001 citado por Crespo & López, 2006), ocasionando que algunos cuidadores(as) renuncien algunos de estos espacios por ejemplo pueden abandonar sus trabajos por la discordancia generada por cuidar a un familiar enfermo y trabajar fuera de casa o al trasladarse de su propio hogar al del familiar enfermo para poder ayudarlo mejor. (Crespo & López, 2006)

En relación con el tema García (2011) ofrece un resumen de las principales áreas de los cuidadores y cuidadoras afectadas de forma desfavorable por la realización de la labor del cuidado. Expresa que varios factores como el tiempo y el esfuerzo físico empleado para el cuidado, la preocupación y la carga que genera influyen en el desenvolvimiento normal de algunas actividades como las laborales, que provoca además contrariedades con la pareja e hijos, en caso de poseerlos, reduce sus vidas sociales y evidencian una pérdida de planes futuros. Señala que entre las áreas más dañadas están: el área física, sufren de cansancio, cefaleas y dolores articulares; el área psíquica, pueden presentar trastornos del sueño, trastornos depresivos, ansiedad e irritabilidad, sentimientos de culpa, estrés y sentimientos de incertidumbre miedo e incertidumbre por el futuro; el área social, puede existir una disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento y el área laboral, presentan absentismo y desinterés por el trabajo, entre otros. Lo planteado demuestra que el cuidado constituye una labor con un gran impacto y de incuestionables efectos en las vidas de quienes lo ejercen.

Los condicionantes de la acción de cuidar es otra temática abordada por los investigadores, entre ellos están la historia vincular, apego o cercanía con la persona dependiente, personalidad del cuidador(a), disponibilidad horaria del mismo así como sus condiciones físicas y emocionales, edad, facilidad para la realización del tipo de tareas que se requieren. (Hireart, 2010) También se podrían mencionar los recursos materiales con lo que se cuenta para cuidar, las manifestaciones de la enfermedad en la persona receptora de cuidados, apoyo para ejercer este rol y las condiciones socio-históricas donde se desempeña.

Al respecto Martínez (2006) agrega que tanto la cantidad como la calidad de cuidados que ofrece una persona están determinadas por una serie de variables como lo son el tiempo, la relación paciente-cuidador, el tipo y estadía de la enfermedad y la formación. Elementos que pueden ser del cuidador y/o del receptor del cuidado, presentando una influencia directa sobre estos. Cuando se refiere al tiempo explica que es el tiempo disponible a las tareas del cuidado el cual va a variar en dependencia de las necesidades del enfermo así como del momento vital en que se encuentre el cuidador, que puede ser la jubilación, la paternidad o cambios laborales. Por su lado, la relación paciente-cuidador es esencial en la calidad de la ayuda ofrecida, se evidencian diferencias en función de la existencia previa de una relación entre estos o la presencia de parentesco, con una relación satisfactoria o no. Si fue afectuosa y favorable coexiste una mayor probabilidad de que los cuidados perduraran y no se deteriorarán. Por el contrario una relación que no es adecuada y fluida, causará efectos negativos y reacciones no deseables en el paciente, lo que provoca efectos psicológicos negativos en el cuidador. (Citado por Steele, 2010)

Los cuidadores son clasificados en la literatura en diferentes tipologías, las principales y más aludidas son: cuidadores formales e informales y cuidadores principales y secundarios.

Los cuidadores formales son aquellas personas que poseen una capacitación teórico-práctica recibida en espacios de formación docente ofrecidos por equipos multidisciplinarios en aras de brindar atención preventiva asistencial y educativa al enfermo y a su familia. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día y servicios especializados. (Valderrama, 1997 citado por García, 2011)

Navarro (2004) visualiza como cuidadores formales a las personas encomendadas del cuidado de otra de forma profesional, sin que exista una relación familiar entre ellos. Se distingue por la capacitación y preparación que posee para ejercer las labores solicitadas, recibir honorarios por el trabajo efectuado tener establecido con anterioridad un horario para realizar las tareas del cuidado. En relación con el grado de profesionalidad y motivación presenta niveles de compromiso con la tarea que desempeña.

Por su parte los cuidadores informales no poseen entrenamiento y capacitación, no son remunerados por esta actividad y gozan de un elevado nivel de compromiso hacia este rol, distinguida por la atención sin límites de horarios y por el afecto. (Flórez, 1997 citado por García, 2011)

El cuidado informal para Rivera (2001) es la atención no remunerada que se ofrece a los sujetos que padecen de algún tipo de dependencia psicofísica por parte de los miembros de la familia u otros sujetos sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad. Estas personas no pertenecen a las instituciones de atención. Desempeñarían este rol los familiares, vecinos y amigos de la persona dependiente excluyendo a profesionales y voluntarios. (Crespo & López, 2006)

Muy vinculado con esta última tipología se encuentra la referida a los cuidadores primarios o principales y secundarios. Wilson(1989) define al cuidador principal como aquel individuo perteneciente al sistema de apoyo informal del enfermo y que cumple con una serie de características como: asumir con responsabilidad las principales actividades del cuidado; el cuidador principal es percibido por la familia como la persona que debe ejercer este rol; por las tareas que desempeña no es gratificado económicamente; debe haber ejercido el ejercicio las tareas del cuidado por un mínimo de 6 semanas a 3 meses antes de escoger a otra persona para ejecutar dicho rol. Dwyer, Lee y Jankowski (1994) ofrecen otra noción de este de cuidador(a), plantean que es el sujeto que dedica la mayor porción de su tiempo-evaluado en número de horas al día- al cuidado del enfermo. (Citado por Roig, Abengózar & Serra, 1998)

Los cuidadores secundarios son por el contrario las personas que apoyan al cuidador(a) primario(a) en las tareas de este rol y a pesar de presentar responsabilidades con el receptor del cuidado, no son tan numerosas y difieren de las del cuidador(a) primario(a). (Steele, 2010)

En estas definiciones, aunque aluden a elementos diferentes de un mismo fenómeno, sobresale un aspecto común entre ellas y es la conjugación de sus nociones en el número singular, que en última instancia devela una gran parte de la realidad asociada

al tema del cuidado. Aunque en diferentes momentos son varios los miembros de la familia los que asisten al familiar dependiente, lo innegable es que en la mayoría de las veces la gran carga del cuidado recae sobre una sola persona: el cuidador principal. (Aramburu, Izquierdo & Romo, 2001; Mateo et al., 2000; Rodríguez, Sancho, Álvaro & Justel, 1995 citado por Crespo & López, 2006). Se hace poco visible la labor del cuidado desempeñada equitativamente por toda la familia en aras de trabajar en equipo. En la generalidad de los casos el que atiende al familiar dependiente es una única persona carente de ayuda y apoyo de los otros familiares. (Rodríguez & Sancho, 1999 citado por Crespo & López, 2006)

Esta situación del cuidado trae aparejado resultados positivos y negativos, en términos de ventajas y desventajas. García (2011) plantea que “las ventajas de la familia en su rol de cuidadora informal han sido señaladas por tener generalmente como objetivos mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización”. (pág. 74). En relación con las segundas agrega que estarían dadas por “el desconocimiento de una tarea que requiere especialización, la falta de un equipo de apoyo, los conflictos familiares que derivan en la sobrecarga del cuidador primario, la inadecuación de las viviendas para este tipo de cuidados y los problemas económicos”.(García, 2011, pág. 75)

Constan varias causas como las determinantes de que la familia asuma el cuidado principal de la persona dependiente, una de estas razones son las culturales, dentro las que se pueden mencionar lo nombrado en la literatura como “familismo”, más habitual en las culturas hispanas, el cual hace alusión a fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre miembros de una misma familia (Losada, Knight & Márquez, 2003, citado por Espín, 2010).

Al cobrar vigencia el tema de los cuidadores(as) familiares muchos estudios se han preocupado por hallar y describir las regularidades sociodemográficas de los mismos, conformando así su perfil. Un resumen de este lo constituye el siguiente:

La familia es la principal proveedora de cuidadores informales a personas dependientes, dentro de ella generalmente son las mujeres las que asumen el rol del

cuidado; la proporción de mujeres cuidadoras es casi tres veces mayor que la de los hombres. La mayoría de estas cuidadoras poseen una relación de parentesco, de consanguinidad y de filiación con el enfermo. Sus edades promedian entre la adultez media y mayor. En cuanto al nivel de escolaridad se evidencia una tendencia hacia un nivel bajo. Son amas de casa por lo general, sin realizar una actividad laboral. Además en casi toda su totalidad ejercen el rol de cuidadoras desde el momento del diagnóstico de la enfermedad y carecen completamente de apoyo familiar en el cuidado. Se estima que el tiempo dedicado al cuidado de la persona dependiente supera las 7 horas al día. (Anderson, 1987, citado por García, 2011)

Existe un aspecto que reclama especial atención dentro del perfil sociodemográfico del cuidador familiar, es el hecho de ser las mujeres las protagonistas, generalmente, de este rol, lo que se conoce como la feminización del cuidado. Se puede ser ingenuo y plantear que esta es una característica más del fenómeno que engloba a los cuidadores y cuidadoras, pero más que ser una simple característica es expresión de una histórica relación desigual e injusta entre hombres y mujeres determinadas por las concepciones tradicionales de los roles de género, la que debe ser tomada en cuenta en aras de lograr una comprensión más acertada de la realidad compleja de la tarea del cuidado.

El género establece los comportamientos y actitudes esperados y aceptados por la sociedad para hombres y mujeres que lo encierran en lo llamado *femenino* y *masculino*, fomentando inequidades en las relaciones de las personas según su sexo. En las sociedades se estructura un conjunto diferenciado de roles, deberes, actividades, tareas, responsabilidades, características y expectativas aceptadas y deseables para las mujeres y los hombres. Las primeras por su parte históricamente se han asociado con el espacio privado mientras que los últimos se han visualizado en el espacio público. (Virgilí, 2012)

La mujer se asocia a lo emocional y a los afectos, articulándose con los roles de esposa-madre-ama de casa, roles que se desempeñan en el espacio privado y los hombres se relacionan con lo racional, articulándose con los roles de proveedor económico y ejercicio de poder. Estos roles tienden a ser asignados a las mujeres,

considerándose prácticamente como una extensión de sus funciones de procreación, con poca participación de los hombres y de aquí en adelante internalizado en la subjetividad femenina. Este tipo de trabajo no está considerado como “trabajo real”, sino que se aprecia como algo natural a la condición de ser mujer, por lo tanto, no se valora. Aunque la mujer tenga un empleo fuera de la casa, la percepción es que su principal ocupación es la de ser “esposa y madre”. (Correa, C. & Cubillan, F. 2009)

Entre los deberes que le son asignados a la mujer por las prescripciones del género se encuentra el cuidado de los otros, el cual está muy involucrado con la vida privada y los roles que se desempeñan en ella. Deber que está sustentado por cualidades que le son “otorgadas” en la cultura patriarcal que favorecen y apoyan su accionar de cuidadoras como son la delicadeza, la pasividad, la dedicación y la sensibilidad, cualidades que los hombres no poseen, según lo que plantea las concepciones tradicionales de los roles y funciones de género, ya que reflejan otras como la fortaleza, la agresividad e inteligencia que son útiles para otras esferas de actuación alejada a la del cuidado como es el ámbito laboral.

Según Lagarde (2003) “la condición de cuidadoras gratifica a las mujeres afectiva y simbólicamente en un mundo gobernado por el dinero y la valoración económica del trabajo y por el poder político”. (pág.2) Ser cuidadoras representa a la vez para las mujeres una tarea que les provoca un descuido personal en tanto emplean su tiempo, energías vitales de cualquier índole (afectivas, intelectuales o espirituales) y sus recursos en la asistencia y ayuda de los otros, de ahí devienen algunas nominaciones como la abnegación, generosidad de las mujeres y la solidaridad femenina. (Lagarde, 2003)

En muchas sociedades en la época que acontece las mujeres han alcanzado logros en cuanto a la participación en disímiles espacios que eran antes privativos de los hombres, pero en términos de igualdad de oportunidades aún son insuficientes. Aunque las mujeres se han insertado en el ámbito laboral sigue siendo en su mayoría, únicas responsables del espacio privado condición que obstaculiza su desarrollo en otros espacios.

Los hombres que se hacen llamar contemporáneos por su parte, no han cambiado lo necesario como para modificar su relación con las mujeres ni su accionar en diferentes espacios dígame doméstico, laboral e institucional asumiendo una nueva posición. Cuidar para ellos no constituye una tarea meritoria, pues en correspondencia con el patrón predominante es sinónimo de descuido. No conciben el tener que dedicar su tiempo a otros al igual que sus recursos, bienes y dinero. No admiten además que otro se convierta en el centro de sus vidas ni ocupar una posición de subordinación frente a los otros, debido a que cuidar significa ser inferior en la organización social hegemónica.(Lagarde, 2003)

Lo expuesto refleja porqué son en las esposas e hijas donde descansa mayoritariamente la asistencia a los familiares dependientes, por eso, si antes se afirmaba que el cuidado “es de número singular, con toda justicia ahora se puede afirmar que es de género femenino”. (Rodríguez & Sancho, 1999, citado por Crespo & López, pág. 20).

Este fenómeno demanda un cambio de los modelos del género que se han asentado de manera rígida y se han transformado en juicios acrícos y verdades inmóviles, en aras de cambiar la realidad del cuidado informal, crear paso para el incremento de los sistemas de cuidados en detrimento de un único cuidador o cuidadora. “El cuidado como deber de género es uno de los mayores obstáculos en el camino a la igualdad por su inequidad”. (Lagarde, 2003, pág. 3)

Queda evidenciado que la feminización del cuidado, es un fragmento del lienzo representativo del ejercicio del cuidado y de sus actores principales, a los cuales les impone un gran reto en tanto siga recayendo las principales responsabilidades y funciones en una sola persona, generalmente en la mujer. A pesar de la importancia que posee esta temática, es abordada en la mayoría de las investigaciones revisadas sobre cuidadoras y cuidadores desde una mirada descriptiva, resaltándola como un elemento distintivo del perfil de los mismos, obviando así su verdadera génesis. Solo las investigaciones que se realizan desde una perspectiva de género (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; Félix et al, 2012; Flores-Castillo, 2012; Lagarde, 2003; Rojas, 2014)

que no son numerosas entre las consultadas son las que ofrecen argumentos explicativos sobre la existencia y prevalencia de tal fenómeno.

El presente estudio aunque no se concibe desde una perspectiva de género profundizará en el tema en tanto la identidad de género constituye un elemento que interviene en el bienestar psicológico de los que asumen la responsabilidad del cuidado.

Otro elemento que está muy entrelazado con este fenómeno y que también constituye un reto para los cuidadores y cuidadoras es la particularidad de las patologías presentadas por los receptores del cuidado, las cuales impone un modo de actuar y sentir, que en buena medida puede marcar diferencias en los cuidados ofrecidos, por ello se cree apropiado dedicar el siguiente apartado al trastorno que se hará alusión en la presente investigación, la Esquizofrenia.

1.4 La Esquizofrenia.

La esquizofrenia se concibe como un trastorno psiquiátrico, donde predominan los factores endógenos y el funcionamiento de nivel psicótico, de instalación, temprana e insidiosa, que se manifiesta por la ruptura del fenómeno psíquico como unidad, con la presencia de síntomas en todas las esferas del funcionamiento psicológico, entre las que se destaca como elemento cardinal la disociación ideoaffective. Su evolución es generalmente crónica, con brotes de agudización, y conduce con frecuencia a un deterioro importante de la personalidad. (González, 1998)

Este trastorno no siempre fue conocido con la terminología *esquizofrenia*. A finales del siglo XIX fue referenciada de una forma aceptada con la denominación de “demencia precoz” en los escritos de Emil Kraepelin. Su formulación la diferenciaba de la enfermedad maniacodepresiva y de la demencia de Alzheimer. Se estima que a comienzos del siglo XX Bleuler empleó por vez primera el vocablo “esquizofrenia” para referirse a este trastorno (del griego clásico *esquizo*: dividir, escindir, romper y *frenia*: entendimiento, razón, mente) pues manifestó desacuerdo con el énfasis que colocaba Kraepelin en la cronicidad del trastorno y ofreció este nuevo nombre para resaltar el

hecho de que esta enfermedad ocasionaba una grave fragmentación del pensamiento y la personalidad. (Lozano, 2002)

La esquizofrenia es una enfermedad mental relativamente común. Una de cada 100 personas sufrirá la enfermedad en el curso de su vida; con una prevalencia estimada entre el 1% y el 1,5 % de la población. Comienza entre los 15 y 25 años de edad, siendo raro su inicio antes de los 12 años. Afecta a hombres y mujeres en la misma proporción; si bien los síntomas en las mujeres aparecen más tarde. Persiste durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases sociales y raza. (Almaguer, 2012; Cristóbal, 2013; Dueñas, 2014; Pita, 2011; Robaina & Noa, 2013; Ribe, 2014)

Constituye junto al cáncer y el SIDA, una de las enfermedades que más esfuerzos ha proporcionado a la ciencia en investigaciones sobre su etiología y tratamientos efectivos (Rodríguez & Cabrera, 2011 citado por Almaguer, 2012). Esta enfermedad es un problema prioritario de la salud mental a nivel mundial entre otros determinantes por su extensa tasa de incidencia; posee una distribución mundial sin preferencia geográfica, su potencial de severidad y cronicidad, y por la mayor frecuencia de afectación a personas jóvenes, en la segunda década de la vida, que son las edades reproductivas del individuo y de actividad laboral, período más productivo de la vida. (Cristóbal, 2013; González, 1998; Kaplan y Sadock, 2004 citado por Pita, 2011)

Este trastorno se concibe como heterogéneo desde el punto de vista clínico y etiopatogénico y son variados los modelos explicativos que abarcan desde la neurofisiología, la bioquímica, la genética hasta los psicológicos, sociales y medioambientales. Los estudios realizados en aras de encontrar una causa bien determinada y definida de dicho trastorno no han alcanzado resultados claros, y actualmente es aceptado el hecho de que la esquizofrenia está determinada por múltiples factores, estas causas encuentran lugar en lo biológico, psicológico y socio-cultural. (Almaguer, 2012; Dueñas, 2014; Lozano, 2002; Pita, 2011; Ribe, 2014) La temática de la etiología puede citarse como uno de los misterios de la esquizofrenia sin esclarecer.

Entre los estudios enfocados a la búsqueda de marcadores biológicos y otros rasgos predictores de la enfermedad se encuentran los de gemelaridad, adopción, genética

molecular y grupos de alto riesgo, abogan por el peso del factor genético. Por su parte los estudios de campo en la búsqueda de prevalencia y morbilidad, estacionalidad, grupos socioeconómicos y trastornos concurrentes vinculan a la esquizofrenia con climas fríos, hogares de varios hijos, aumento de las relaciones de parentesco entre las figuras parentales, grupos deprimidos desde el punto de vista social y económico en las grandes urbes y riesgo de muerte por causas infecciosas o suicidio. La Neuroimagen ha hallado alteraciones en los ventrículos laterales, tercer ventrículo, atrofia cerebral y cerebelosa, flujo sanguíneo regional cerebral con mayor circulación temporal en los cuadros clínicos donde predominan los llamados síntomas positivos de la enfermedad, correlacionando el déficit atencional y cambios cognitivos con la reducción del metabolismo de la glucosa y la incapacidad de transferir información por déficit de la corteza prefrontal. (Keshavan, Taudon, Boutros, Nasrallah, 2008 citado por Pita, 2011.)

Las causas de la esquizofrenia no ha sido el único incentivo de las investigaciones científicas, muchos han sido los bríos empleados para determinar su clasificación, la cual ha sido variada en los diferentes manuales que hacen alusión a la misma. Actualmente existen algunos investigadores que abogan por no reproducir la tendencia tradicional de dividir y describir una lista de tipologías de este trastorno, se puede referenciar al Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Metales en su 5^{ta} edición (DSM-V) confeccionada por la American Psychiatric Associaton (APA) donde se alude a esta patología como el Espectro de la Esquizofrenia y obvian la clasificación expuesta en este mismo manual en su 4^{ta} edición.

En términos de sintomatología se puede hallar una variable y numerosa definición de síntomas en los manuales psiquiátricos, debido a que las personas con Esquizofrenia presentan una gran variedad de síntomas. En ocasiones estos síntomas aparecen de forma repentina pero es más frecuente que la enfermedad se desarrolle lentamente en un proceso que puede ser de meses a años. La severidad de los síntomas varía de un sujeto a otro y su curso puede ser variable.

No existe un signo o síntoma que sea patognomónico de la esquizofrenia. Es una enfermedad que se presenta con una variedad de síntomas a tal punto que se manejan

diferentes formas de agruparlos basados en el elemento clínico esencial de cada categoría. (Owen, Donovan & Gotesman, 2003 citado por Dueñas, 2014) Los síntomas clínicos y generales de la esquizofrenia incluyen un arsenal de disfunciones cognoscitivas, emocionales y del comportamiento con alteraciones sensoriales, de la atención, del pensamiento y su inferencia, del lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación. (Almaguer, 2012; Cristóbal; 2013; Dueñas, 2014; González, 1998; Pita, 2011)

La APA (1994) expone que los síntomas de la esquizofrenia generalmente pueden ser divididos en dos grupos, los síntomas positivos y los síntomas negativos, siendo los positivos los que reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales tales como las alucinaciones, las ideas delirantes, las alteraciones del lenguaje y comportamiento desorganizado y los negativos por ende, son los vinculados con la pérdida o disminución de éstas, ejemplo de estos lo constituyen el aplanamiento afectivo, la alogia, la abulia, la anhedonía y el retraimiento social, déficit de la atención, abandono del aspecto y auto cuidado. Los síntomas positivos y negativos tienen que estar presentes a lo menos por un mes y presentarse simultáneamente por lo menos dos de cada uno.

Para el diagnóstico de la esquizofrenia se han propuesto varios criterios a lo largo del siglo XX, dependiendo del variable concepto que se tenga de ella. Actualmente existen dos manuales de criterios diagnósticos que, en lo esencial, son muy similares, y tienen por objeto tanto permitir un registro estadístico más o menos confiable, como mejorar la comunicación entre profesionales. Sin embargo en la práctica clínica, las personas esquizofrénicas tienen una riqueza sintomática que excede largamente el contenido de los manuales, y hay una gran variedad de cuadros que pueden estar a medio camino de las categorías nosológicas contenidas en ellos. Estos manuales son el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las versiones más recientes son CIE-10 y DSM-V, las cuales expresan:

La Organización Mundial de la Salud OMS (1992) en su Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) refiere que:

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. (OMS, 1992, pág. 34)

Al respecto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) confeccionado por la American Psychiatric Association (2013) se expone que:

Esquizofrenia 295.90 (F 20. 9)

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios; 2. Alucinaciones; 3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente); 4. Comportamiento muy desorganizado o

catatónico; 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral.).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido

episodios maniáticos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes durante solo una mínima parte de la duración total de los periodos activos y residuales de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los trastornos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito). (pág. 54 y 55)

Otra característica de la esquizofrenia es que puede aparecer de forma progresiva; se designa insidiosa, o aguda; cuando se instaura de forma brusca. En muchos casos esta enfermedad cursa hacia la cronicidad. Para diagnosticarla como crónica se tiene en cuenta la persistencia de la sintomatología durante un período prolongado, la incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, la dificultad para relacionarse con los demás, entre otros. Todos estos factores impiden que la persona pueda participar plenamente en la comunidad. (Ribé, 2014)

Para enmendar estos déficits se necesita la combinación de un tratamiento: rehabilitador; que desde una perspectiva integral trabaje con la persona, la familia y la comunidad, y farmacológico, sobre este último se plantea que juega un papel crucial en el tratamiento de la esquizofrenia. Controla los síntomas de la enfermedad y permite reiniciar una vida normal. El tratamiento farmacológico de primera línea son los medicamentos antipsicóticos, que fundamentalmente actúan suprimiendo la actividad de la dopamina. Las dosis de los antipsicóticos empleados son generalmente más bajas que en las primeras décadas de su uso. (Dueñas, 2014; Ribé, 2014) En casos más graves, donde hay riesgo para el mismo paciente y para otros a su alrededor, puede ser indicada la hospitalización involuntaria, aunque la estadía hospitalaria es menos frecuente y por períodos más cortos que en tiempos pasados. (Castle, Wesseley, Murray, 1991 citado por Dueñas, 2014)

Son disímiles los factores que intervienen en el pronóstico de las personas que padecen de este trastorno en el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría se expresa que la edad y forma de comienzo, la calidad del entorno (esencialmente un medio familiar apropiado), la forma clínica y un tratamiento oportuno son algunos de ellos, los que poseen una significativa influencia.

Las personas que padecen de Esquizofrenia se pueden considerar como sujetos discapacitados según los criterios de la Guía Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, y la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, y teniendo en cuenta los niveles de discapacidad que expone la OMS, se puede expresar que los mismos, en función de las características en la evolución de la enfermedad, generalmente funcionan bajo niveles de discapacidad seria y muy seria, y por ende son personas demandantes de cuidado. (Almaguer, 2012)

Este grupo de personas precisan de la ayuda de un cuidador(a) que sea su moderador(a) en las conductas y que también se instruya como un supervisor pues ofrece un cuidado activo, participa en la toma de decisiones, apoya, reconoce las necesidades de las personas dependientes y verifica el desarrollo de acciones, como toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios, incremento de la

actividad física, asistencias rutinarias a los centros hospitalarios. Además los motivan y apoyan emocionalmente, a fin de favorecer al mejoramiento de la calidad de vida de los mismos y de compensar sus disfunciones. (Achury, Castaño, Gómez & Guevara, 2011; Barrera, Pinto & Sánchez, 2006 citado por Montalvo & Flórez, 2008)

Esta condición devela como la Esquizofrenia, en tanto es una enfermedad grave y crónica, afecta tanto a las personas que la padecen como a sus cuidadores y cuidadoras, (Achury et al. , 2011; Almaguer, 2012, Cristóbal, 2013; Montalvo & Flórez, 2008; Ribe, 2014) en tanto el asumir este rol les impone cuantiosas exigencias que demandan una reestructuración subjetiva y niveles crecientes de adaptación en aras de disminuir o eliminar sus posibles efectos negativos en el ámbito físico, psicológico y social estas personas.

Por estas razones se hace relevante y necesario el estudio de los cuidadores y cuidadoras en tanto figuran como un componente esencial del sistema de cuidado de la salud. La presente investigación responde a esta demanda mediante la caracterización del bienestar psicológico en un grupo específico de esta población, reconociendo así que son personas que a pesar de sus afectaciones presentan potencialidades que deben desarrollarse para que puedan brindar un mejor cuidado, mantener un adecuado estado de salud y experimentar más satisfacciones en su vida cotidiana. Para abordar esta temática se ha elaborado el siguiente diseño metodológico.



CAPITULO SEGUNDO
DISEÑO METODOLÓGICO

Capítulo 2: Diseño Metodológico

2.1 Tema

Bienestar psicológico en cuidadores y cuidadoras de personas con Esquizofrenia.

2.2 Problema de investigación

¿Cuáles son las características del bienestar psicológico de un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con Esquizofrenia?

2.3 Fundamentación del problema de investigación

El estudio del Bienestar Psicológico como categoría esencial dentro de las ciencias de la salud, ha reclamado una especial atención desde que en 1987 la OMS definiera a la salud no como la ausencia de enfermedad, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social. (Victoria,2004) La presente investigación da respuesta a esta actual demanda, en tanto constituye un estudio científico que desde la ciencia psicológica se propone ahondar en la compleja temática del bienestar psicológico en aras de profundizar sobre sus características, enriqueciendo así los conocimientos existentes acerca del mismo y constituir una base para posteriores programas interventivos dirigidos a su promoción, pues es un elemento favorecedor de la salud humana.

No es una tendencia en las investigaciones sobre el bienestar psicológico su estudio en cuidadores y cuidadoras de personas dependientes, lo cual constituye una particularidad de esta investigación que la reviste de valor teórico y práctico. Los cuidadores y cuidadoras tradicionalmente han sido un sector de la población poco reconocido, obviando sus necesidades y demandas de ser tenidos en cuenta desde las diferentes instancias de una sociedad.

En las últimas décadas el estudio sobre estas personas se ha convertido en un tema relevante tanto en el ámbito internacional como en el nacional. Específicamente en nuestro país ha tomado significación por el envejecimiento poblacional y la relación directa que existe entre este suceso y la labor del cuidado. Cuba figura en el panorama

de la región latinoamericana y caribeña como una de las naciones más envejecidas; estadísticas reflejan que para 2035 el segmento de 60 y más años de edad sumará unos 3,6 millones de personas, equivalente a un tercio de la población total. (SEMIac, 2014)

El incremento de la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas ha mediado también en la trascendencia brindada a los responsables del ejercicio del cuidado. En casi todos los países las enfermedades crónicas degenerativas han desplazado a las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte y discapacidad. A diferencia de las enfermedades transmisibles, las enfermedades crónicas influyen en el incremento de la probabilidad de sufrir limitaciones en la capacidad funcional de las personas que la padecen, haciéndolas demandantes de cuidados. (CEPAL, 2011)

La esquizofrenia figura como una enfermedad crónica no transmisible. Es una patología que constituye un problema prioritario de la salud mental a nivel mundial entre otros factores por su extensa tasa de incidencia; posee una distribución mundial sin preferencia geográfica y se estima que aproximadamente el 1% de la población global la desarrolla en algún momento de su vida y por su potencial de severidad y cronicidad, generando distintos grados de discapacidad y pérdida de funcionamiento psicosocial. (Cristóbal, 2013; González, 1998; Kaplan y Sadock, 2004 citado por Pita, 2011)

En Cuba, generalmente las personas que padecen de esquizofrenia se insertan en las instituciones de salud mental solo cuando transitan por períodos de brote de la enfermedad. Mientras tanto, estos permanecen la mayor parte del tiempo en su entorno familiar y comunitario, por lo que la asistencia personalizada que requieren proviene esencialmente de estos espacios. (Cristóbal, 2013)

Queda demostrado cómo los cuidadores y cuidadoras de personas con esquizofrenia conforman un componente esencial del sistema de cuidado de la salud. Estudios sobre los cuidadores(as) tanto en el contexto internacional como nacional se han desarrollado fundamentalmente en relación con otras patologías como la demencia de tipo Alzheimer y abordando aspectos como la sobrecarga y el estrés que manifiestan.

El presente estudio se aleja de esta tendencia de abordar a las personas que asumen las responsabilidades del cuidado en términos de malestar al tener presente una nueva perspectiva, la Psicología Positiva. Se reconoce que son personas que a pesar de presentar afectaciones poseen un potencial que deben desarrollar en aras de alcanzar un pleno disfrute y satisfacción en su vida cotidiana.

En este sentido el estudio del bienestar psicológico de los cuidadores y cuidadoras de personas con esquizofrenia constituyen temas nulos o escasamente abordados, de ahí estriba otro de los aspectos que hace de esta investigación un estudio novedoso y de gran utilidad en nuestro país pues se centra en un tema poco explorado en el mismo lo cual contribuye a la creación de futuros programas interventivos para las cuidadoras y cuidadores de personas con esquizofrenia en aras de potenciar su bienestar psicológico lo que favorece a su vez a mejorar sus calidades de vida y a que puedan ofrecer un mejor cuidado a aquellas personas que requieran del mismo.

Con lo planteado anteriormente queda demostrado que la presente investigación es consecuente con los tiempos actuales y la realidad cubana, específicamente la vinculada al sector de la salud, el cual adolece de programas que brinden una eficiente atención y ayuda a los cuidadores y cuidadoras.

2.4 Objetivo General

Caracterizar el bienestar psicológico de un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con Esquizofrenia.

2.5. Objetivos Específicos

Explorar las valoraciones sobre su satisfacción con la vida que poseen un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con esquizofrenia.

Identificar los afectos habituales y recientes de un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con esquizofrenia.

Valorar los factores psicosociales que favorecen y/o obstaculizan el desarrollo del bienestar psicológico de un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con esquizofrenia.

2.6 Preguntas de Investigación

¿Cuáles son las valoraciones sobre su satisfacción con la vida que poseen un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con esquizofrenia?

¿Cuáles son los afectos habituales y recientes de un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con esquizofrenia?

¿Cuáles son los factores psicosociales que favorecen y/o obstaculizan el desarrollo del bienestar psicológico en un grupo de cuidadoras y cuidadores de personas con esquizofrenia?

2.7 Tipo de investigación

La presente investigación es concebida desde una metodología cualitativa la cual ofrece una riqueza y flexibilidad interpretativa que permite alcanzar niveles crecientes en la comprensión del fenómeno estudiado, durante el desarrollo del proceso investigativo, y por ende adquirir un análisis profundo tal y como lo demanda su complejidad.

La investigación se desarrollará a través de un proceso en espiral, donde se regresará a la teoría, al campo o a la metodología cuando resulte necesario y se realizarán las variaciones pertinentes, en aras de construir el conocimiento sin una visión rígida y estática del fenómeno abordado, el cual será analizado desde las percepciones y significados producidos por la experiencia de los participantes de la investigación en su contexto natural.

Este estudio posee un carácter *exploratorio-descriptivo*, en tanto se investiga sobre un tema poco estudiado en el ámbito internacional y nacional, aunque existen investigaciones sobre el bienestar psicológico y los cuidadores(as) la revisión de la literatura demuestra que son escasos los estudios que vinculan a estas categorías y

que tienen como especificidad a cuidadores(as) de personas con esquizofrenia. Es necesario entonces explorar este fenómeno con el fin de obtener más información sobre el mismo y establecer prioridades para estudios futuros, y describir sus características, haciendo énfasis en las particularidades y rasgos importantes que poseen sus dimensiones en pos de lograr un estudio de mayor precisión.

2.8 Método

- **Estudio de casos múltiples**

El método empleado en la presente investigación es el estudio de casos múltiples, “estrategia compleja de investigación que implica el estudio sistemático de un fenómeno particular contemporáneo, dentro de su contexto de vida real, analizándolo como un todo, es decir, su particularidad y su relación, utilizando múltiples fuentes de evidencia.”(Alfonso, 2011, pág. 48) Mediante este se puede realizar un estudio profundo que contemple la complejidad del fenómeno estudiado dada por la diversidad de factores que lo condicionan y que participan en su manifestación. (Yin, 2010)

En este método se estudian varios casos simultáneamente con una similar estrategia de aplicación de técnicas e instrumentos, estableciendo un margen de flexibilidad en función de las características de los mismos. Resulta esencial para la investigación las particularidades de la subjetividad individual, información que será triangulada a través del análisis de casos cruzados, en aras de establecer regularidades en el grupo estudiado.

2.9 Definiciones Conceptuales

Se empleará como categoría de este estudio:

Bienestar Psicológico: “vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos

están mediados por la personalidad y por las condiciones socio-histórico y culturales en que se desenvuelve el individuo.” (Victoria, 2004, p.11)

Sus dimensiones son:

Satisfacción con la vida: “juicio resultante de comparar las aspiraciones con los logros en la vida” (Victoria, 2004 p.6) refiriéndose al componente cognitivo-valorativo del Bienestar Psicológico, que se expresa en la valoración que realizan los sujetos, a partir de sus logros personales en función de las expectativas e ideales de vida construidos.

Sub-dimensiones e indicadores

Satisfacción Material: satisfacción que suponen sus condiciones materiales de existencia y las perspectivas económicas de su futuro.

Indicador: valoraciones generales que realiza el sujeto acerca de sus condiciones materiales de vida.

Satisfacción Laboral: satisfacción que suponen su situación y condiciones laborales, unido a las características propias de la actividad laboral y al vínculo afectivo que se posee hacia la misma.

Indicador: valoraciones generales del sujeto acerca de la profesión que realiza.

Satisfacción Personal-Social: satisfacción que suponen la calidad de sus relaciones con los otros y la imagen construida de sí mismo, como ser social y en relación con los aspectos físicos y psicológicos de su persona.

Indicador: valoraciones generales del sujeto acerca de sus condiciones físicas y psicológicas, de su estado de salud, de las relaciones con los demás, del apoyo social recibido, de su rol de cuidadora, de su identidad de género y de la actual distribución de su tiempo.

Satisfacción Sexual y de Pareja: satisfacción que supone la vida en pareja, en términos afectivos, en general, y sexuales en particular.

Indicador: valoraciones generales del sujeto acerca de su vida en pareja.

Satisfacción Familiar: satisfacción que suponen la calidad de las relaciones familiares, la funcionalidad de la dinámica familiar, el apoyo que le brindan y la posición que se ocupa dentro del sistema familiar.

Indicador: valoraciones generales del sujeto acerca de la familia y la dinámica familiar.

Afectos Habituales y Recientes: vivencias personales de disfrute (Victoria, 2004, p.25) que describen el componente emocional o afectivo del Bienestar Psicológico, expresado a través de las emociones y sentimientos de los que se hacen acompañar las valoraciones. Tiene que ver con el tono emocional o afectivo a través del cual se realizan las valoraciones, expresándose la satisfacción con la vida. Los elementos referidos a la esfera emocional del Bienestar Psicológico, poseen un carácter reactivo dentro del mismo, y son tenidos en cuenta en función de la frecuencia e intensidad con que se manifiestan.

Sus indicadores:

Afectos positivos habituales (APH): tiene que ver con la frecuencia con que la persona habitualmente puede sentirse: agradecido, alegre/regocijado, aliviado/consolado, amado, confiado/seguro, contento/complacido, esperanzado y/o feliz.

Afectos negativos habituales (ANH): tiene que ver con la frecuencia con que la persona habitualmente puede sentirse: ansioso, celoso, desamparado, disgustado, frustrado/decepcionado, impaciente/anhelante, irritado, preocupado, temeroso y/o triste.

Afectos positivos recientes (APR): tiene que ver con la intensidad con que la persona recientemente (en las últimas semanas) se haya podido sentir: *alegre/regocijado, aliviado/consolado, amado, confiado/seguro, contento/complacido, esperanzado, extasiado, feliz y/u orgulloso.*

Afectos negativos recientes (ANR): tiene que ver con la intensidad con que la persona recientemente (en las últimas semanas) se haya podido sentir: *ansioso, celoso, desamparado, disgustado, frustrado/decepcionado, impaciente/ anhelante, irritado, preocupado, temeroso y/o triste.*

2.10 Grupo de estudio

La presente investigación concebida desde la metodología cualitativa no aspira a que su muestra sea representativa, la cual se conformó de forma intencional y no probabilística. Para la selección de los casos a estudiar se tuvo en cuenta su disposición a participar en la investigación, que fueran cuidadores(as) primarios(as) de personas con esquizofrenia y que no presentaran un diagnóstico de enfermedad mental. La vía esencial para la localización y búsqueda de los sujetos fue el empleo de redes personales a través de la técnica de la bola de nieve y el momento de detención en la búsqueda de nuevos casos estuvo marcado por el criterio de saturación de la información.

El grupo de estudio quedó conformado por siete cuidadoras primarias de personas con esquizofrenia, con edades comprendidas entre 52 y 84 años de edad. Actualmente solo dos poseen un vínculo laboral, las cinco restantes son jubiladas. Ejercen como cuidadoras desde hace más de 5 años.

Características generales del grupo de estudio

Sujeto/datos sociodemográficos	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Edad	52	57	76	73	62	66	84
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Color de piel	Mestiza	Negra	Blanca	Negra	Blanca	Blanca	Blanca
Estado civil	Casada	casada	Casada	Casada	Soltera	Casada	Casada
Religión	-	-	-	-	Cristiana Evangélica Pentecostal	-	-
Nivel educacional	Técnico medio	12 grado	12 grado	9no grado	Nivel superior	Técnico medio	Nivel superior
Ocupación actual	Asistente estomatológica	Dependiente comercial	jubilada	Jubilada	Jubilada	Jubilada	Jubilada
Parentesco con el paciente	Madre	Madre	Madre	Madre	Madre	Madre	Madre
Convivencia con el paciente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tiempo ejerciendo como cuidador(a)	6 años	6 años	29 años	13 años	5 años	15	38
Horas dedicadas al cuidado	Más de 12 horas	Más de 12 horas	TC ¹	TC	TC	TC	TC

¹ TC: tiempo completo

2.11 Técnicas e instrumentos

Observación (Anexo 2)

La observación es una técnica que facilita la recolección de información y la reflexión de la investigadora durante todo el proceso investigativo. Este instrumento brinda acceso a las diversas formas de manifestación del contenido a través del discurso o desempeño del sujeto, es decir, trasciende el discurso verbal, permitiendo evaluar y realizar un registro constante, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta, de modo que los elementos emocionales y reactivos que acompañan el discurso sean una cuestión significativa durante el proceso.

En el presente estudio la observación será utilizada en cada uno de los espacios de intercambio y aplicaciones que tengan lugar con los sujetos de investigación, lo cual garantiza una mayor fiabilidad sobre la información obtenida, pues permitirá evaluar la concordancia existente entre aquello que se refiere y la forma de expresarlo.

Entrevistas Individuales

La entrevista constituye una de las técnicas más utilizadas en la psicología para la recolección de información y tiene como objetivo fundamental conocer los modos de vivir, reconocer características importantes en el individuo, obtener información y estudiar al sujeto como una unidad indagando en cada una de las áreas de su vida y sus esferas de acción, de esta manera los sujetos estarán realizando una actividad reflexiva acerca de sí mismos y del significado e impacto de sus condiciones.

Esta técnica le brinda la posibilidad al investigador de insertarse en el ambiente natural del fenómeno y acceder de forma directa a los principales contenidos psicológicos que emergen como resultado de la interacción entre el entrevistado y el entrevistador. Permite además el acceso a aquellos puntos de vistas, creencias y percepciones que tienen los sujetos, aportando fundamentalmente datos de la propia auto-observación de estos, por lo que deben ser corroborados con otros datos obtenidos en otras

técnicas como la observación, ejercicio que realiza el investigador durante todo el proceso.

Por las características de la investigación el empleo de las entrevistas poseerá un carácter flexible, resultando la técnica fundamental de la investigación en tanto permite que los participantes expresen abiertamente su opinión respecto al tema que se pretende abordar y la construcción conjunta de significados respecto al objeto de estudio.

En el primer encuentro se aplicará una entrevista inicial (Anexo 11) con el objetivo de adquirir la información general de los sujetos y establecer un rapport con los mismos. Se obtendrá una caracterización preliminar de los participantes, indagando sobre diferentes aspectos sociodemográficos tanto del proveedor/a como del receptor de cuidados. La guía de entrevista diseñada toma como principales referencias los cuestionarios de caracterización del cuidador/a utilizados por la Dra. María Josefa Simón Díaz en su Trabajo para optar por el Título de Especialista en Primer Grado en Gerontología (Anexo 3) y Geriatria y por la Dra. Ana Margarita Espín Andrade en su Tesis en opción del grado Científico de Doctora en Ciencias de la Salud. (Anexo 4)

Se aplicarán en los posteriores encuentros, entrevistas a profundidad (Anexo 12) en aras de ahondar en los contenidos subjetivos de los cuidadores/as referidos a las principales satisfacciones e insatisfacciones en relación con la labor que realizan y con las diferentes esferas de vida en las que se desenvuelven, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de análisis.

Asociación Libre de Palabras (Anexo 6)

La asociación libre de palabras es una técnica propuesta por Jung en 1905. Es una técnica proyectiva a partir de la cual el sujeto realiza un ejercicio reflexivo sobre aquellos contenidos que le evocan la presentación de determinadas palabras. Esta técnica permite la multiplicidad de respuestas, lo que facilita el conocimiento de la personalidad, los intereses principales y conflictos de los individuos. En este estudio la asociación se utilizará por su valor proyectivo que permite obtener información complementaria a partir de técnicas ya aplicadas durante el proceso.

10 Deseos (Anexo 7)

Esta técnica fue elaborada por el Dr. Diego González Serra (1978), como parte del Método Directo e Indirecto y Registro de la Actividad (RAMDI), partiendo de un análisis crítico del Método de Inducción Motivacional (MIM), creado por Joseph Nuttin. En ella se le brinda al sujeto una consigna verbal y se le pide que exprese en orden de prioridad los diez deseos más relevantes de su vida. Este método fue aplicado con el objetivo de explorar la jerarquía motivacional de los sujetos, sus principales aspiraciones, necesidades, y carencias.

Cuestionario de Bienestar Psicológico (CAVIAR) (Anexo 9)

El cuestionario de Bienestar Psicológico fue elaborado por la Dra. en Ciencias de la Salud, Carmen Regina Victoria García-Viniegras, quien lo construye y valida en nuestro país, como propuesta metodológica central de su Tesis Doctoral, en 2004. Este cuestionario posee como característica que toma en cuenta las diferentes esferas de la vida de los sujetos (satisfacción general, satisfacción material, satisfacción personal-social, satisfacción laboral, satisfacción familiar y satisfacción de pareja-sexual) y que evalúa el componente afectivo, tomándose en cuenta afectos habituales y recientes.

El objetivo de la aplicación de ésta técnica es explorar el bienestar psicológico en los cuidadores(as) a partir de su dimensión cognitiva-valorativa y afectivo-emocional, ofreciendo datos relevantes que se corroborará con la información recogida en otras técnicas aplicadas durante el proceso investigativo.

Curva del bienestar (Anexo 8)

La curva del bienestar es una técnica proyectiva que constituye una modificación a la técnica la curva de la vida, pero a diferencia de esta, la curva del bienestar trata de explorar aquellos momentos y situaciones de mayor bienestar para el sujeto en el transcurso de su existencia, donde se le solicita que piense en su vida e intente volcarla en una curva donde la parte superior indicará aquellos momentos de mayor bienestar

y la parte inferior se traducirán en aquellos momentos donde manifestó menor bienestar.

Pastel del Tiempo (Anexo 5)

El pastel del tiempo consiste en una técnica proyectiva que es aplicada con la intención de explorar la distribución y organización del tiempo que realiza el sujeto en su vida cotidiana. Se le proporciona un papel donde aparece dibujado el boceto de una circunferencia y se le comenta que se trata de un pastel, luego se le orienta que divida ese pastel en varios fragmentos en función de todas las actividades que realiza en un día normal, variando el tamaño de los fragmentos según el tiempo dedicado a cada tarea.

Esta técnica se aplica con el objetivo de conocer cómo distribuyen el tiempo las y los cuidadores, permitiendo identificar cuáles son aquellas actividades más relevantes que realizan, relacionando dichas actividades a sus principales motivaciones e intereses que ocupan un lugar importante en su vida.

Cuestionario en forma de Esferas de la vida (Anexo 10)

El cuestionario en forma de Esferas de la vida es muy útil en tanto permite la expresión proyectiva de elementos relevantes en la esferas de mayor interés de los, lo que ofrece un mayor conocimiento del grupo de estudio. Además facilitará profundizar en el bienestar presente en cada una de las esferas de la vida de los sujetos.

Grupo de enfoque (Anexo 13)

Se empleó esta técnica con el objetivo de validar los resultados obtenidos en la batería de técnicas aplicadas en el método de estudio de casos múltiples, la cual se concibe como una conversación cuidadosamente planeada y diseñada para obtener información de una fenómeno definido de interés en un ambiente permisivo, relajado y no directivo (Hernández-Sampieri et al. 2010)

Los participantes del grupo focal fueron tres sujetos del grupo de estudio. En las dos sesiones de trabajo ofrecieron una variada información a partir de sus vivencias, la cual fue corroborada con la arrojada en el método de estudio de casos múltiples en

aras de establecer puntos de encuentro y desacuerdo en función de las generalidades y particularidades encontradas.

2.12 Procedimiento para el registro y análisis de la información

En un primer momento para el registro de la información se asistió al Hospital Hermanos Ameijeiras donde se tuvo la oportunidad de contactar a los sujetos con los que se estaría trabajando durante todo el proceso investigativo. Desde el primer encuentro los sujetos expresaron su interés por el estudio y a pesar de las dificultades e inconvenientes se mantuvieron siempre con la mejor disposición mostrándose responsables e involucrados con el tema, por lo que su implicación fue fundamental para la eficacia del proceso. Luego de definido el grupo de estudio, se procedió a aplicar una serie de instrumentos que posibilitaron la obtención de información sobre el fenómeno abordado.

La información se procesará a partir del *análisis de contenido*, tomando en cuenta el enfoque metodológico de la presente investigación. Esta técnica resulta muy útil para analizar los procesos de comunicación en los disímiles contextos. El análisis de contenido se efectúa a partir de la interpretación de la información expresada por los sujetos en estudio, y se realiza en base a las dimensiones e indicadores de análisis definidos previamente en la investigación.

Se efectuarán tres momentos interpretativos, uno de tipo parcial para cada uno de los casos, es decir una mirada desde las particularidades individuales, un segundo momento donde se interpretarán los resultados del grupo focal y un último momento de análisis integral que permitirá una visión sistémica del grupo de estudio.

2.13 Procedimiento General

1. Revisión bibliográfica y sistematización teórica. Construcción del marco teórico referencial que sustenta la investigación.
2. Elaboración de un diseño metodológico de investigación.
3. Construcción de la estrategia de estudio de casos.
4. Aplicación de instrumentos de investigación.
5. Sistematización y análisis de los resultados obtenidos en los casos.
6. Diseño del grupo de enfoque sobre la base de la información obtenida en los estudios de casos.
7. Aplicación del grupo de enfoque.
8. Sistematización y análisis de los resultados derivados del grupo de enfoque.
9. Discusión e integración de los resultados obtenidos.
10. Elaboración del informe final.



CAPITULO TERCERO
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN
DE LOS RESULTADOS

III

Capítulo III: Análisis de los resultados

3.1 Análisis Integral y Discusión de los Resultados

A partir de los objetivos específicos formulados, en el presente capítulo se expondrá el análisis y discusión de los principales resultados obtenidos estableciendo tendencias y especificidades en la investigación sobre la base de las particularidades evidenciadas por las sujetos. De esta manera, se reflejarán un conjunto de elementos que constituyen las características del Bienestar Psicológico de las cuidadoras estudiadas.

Para la caracterización del bienestar psicológico de las cuidadoras, se realizará un análisis a partir de las dos dimensiones fundamentales que componen esta categoría: la dimensión satisfacción con la vida y la dimensión afectos habituales y afectos recientes. En relación con la satisfacción con la vida, se analiza tomando como referencia las particularidades en cada una de sus subdimensiones (satisfacción material, satisfacción laboral, satisfacción personal, satisfacción social, satisfacción sexual y de pareja y satisfacción familiar) y la forma en que estas se relacionan e interinfluencian, mientras que, para la dimensión afectiva, se tomará en cuenta el vínculo afectivo expresado relacionado con el contenido de las dimensiones anteriores, así como el conjunto de afectos positivos y negativos, habituales y recientes manifestados por las cuidadoras. También se valoran los factores psicosociales que emergen en el estudio como favorecedores y/o obstaculizadores del bienestar psicológico, en tanto su expresión está mediada por la personalidad y las condiciones socio-históricas y culturales en que se desenvuelve el individuo.

Antes de presentar la discusión de los resultados se mostrarán las características sociodemográficas de los participantes de la investigación y las de los receptores de sus cuidados.

En su totalidad son mujeres, con un promedio de edad de 67.1 años. En su mayoría poseen una relación de pareja de forma legalizada. Solo una de ellas presenta creencias religiosas. El parentesco que poseen con el paciente es de madre a hijo. Prevalen las jubiladas, solo dos de los sujetos mantienen actualmente un vínculo laboral. Todas conviven con el paciente y llevan más de 5 años ejerciendo el rol de cuidadoras, dedicándose a este ejercicio a tiempo completo. Estos resultados son comunes a otros presentados en investigaciones tanto nacionales como foráneas sobre los cuidadores y cuidadoras (Acosta, 2014; Almaguer, 2012; Cánovas, 2014; Cristóbal, 2013; Espín 2010; García, 2011; Rojas, 2014).

Un dato que se aleja de los resultados en otras latitudes es el referido al grado de escolaridad, el cual se enmarca entre la enseñanza media, enseñanza media superior, técnico medio y nivel superior, pues en estas investigaciones se describe a la persona que cuida con un nivel de escolaridad mayormente primario (García 2011; Ribe, 2014; Crespo & López, 2006). Esto puede estar relacionado con las posibilidades de acceso a la educación que existe en nuestro país.

Dentro de los datos obtenidos de las personas receptoras de los cuidados se destaca la existencia de una variabilidad en cuanto a las edades ya que estas se encuentran comprendidas entre los 29 y los 59 años, como generalidad se encuentra que el diagnóstico de la enfermedad fue dado entre las edades de 21 y 24 años. Solo uno posee vínculo laboral.

3.1.1 Valoraciones de satisfacción con la vida y afectos habituales y afectos recientes.

El ejercicio del cuidado constituye un evento significativo para las cuidadoras estudiadas, en tanto es el principal proveedor de insatisfacciones y estados emocionales negativos en todas las esferas de sus vidas, develando así su desfavorable repercusión en el bienestar psicológico. Este resultado coincide con los encontrados en estudios antecesores del tema en el ámbito nacional (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; Rojas, 2014), lo que demuestra que a pesar de las particularidades del cuidado ofrecido en función de la enfermedad que padece el receptor del mismo,

esta labor figura como una experiencia colmada de cuantiosas limitaciones para sus protagonistas, demandándoles niveles crecientes de adaptación y por ende una reestructuración subjetiva.

Es importante señalar que la labor del cuidado es vivenciada con ambivalencia, a pesar de las insatisfacciones y afectividad negativa que genera a las cuidadoras también proporciona satisfacción y estados emocionales placenteros. Los aspectos positivos y negativos del desempeño del cuidado no se expresan de forma aislada, es decir coexisten en las cuidadoras mediando su actuar y sentir en las diferentes esferas de sus vidas.

Como regularidad se aprecia satisfacción con el rol de cuidadora asociada al cumplimiento de un compromiso moral, motivo principal por el cual se asume este rol, que se sustenta en un vínculo afectivo positivo hacia los receptores del cuidado y en concepciones tradicionales de los roles de género. Las sujetos manifiestan satisfacción con la realización de una tarea que las enaltece moralmente en tanto están desempeñando una función que es percibida como un deber incuestionable del rol del madre, tornándose decisiva en la formación de este compromiso la vinculación afecto parental.

“La satisfacción es que ella ha estado bien atendida, nunca la he dejado sola, además es mi hija, y yo como madre debo cuidarla.”(S5)

“(...) cuando tú estás cumpliendo con tu deber de madre tú te sientes satisfecha y además lo haces con amor (...) por eso uno se siente tan satisfecho, tan realizado, uno se siente feliz con eso muy feliz.”; “Te sientes que estás haciendo lo que tienes que

hacer, que este es tu deber, además lo haces con gusto, porque esa es tu hija.”(S3)

“(…)lo cuido porque es mi hijo y yo soy su madre y tengo que cuidarlo y más ahora que está enfermo”; “el cuidarlo es positivo, me siento bien cuando lo cuido, yo lo quiero mucho.”(S4)

“Lo cuido porque es mi hijo y lo quiero (…)”(S6)

“La cuido porque es mi hija (…) yo soy su madre y no puedo dejarla sola”(S7)

En un estudio realizado en México en el 2011 sobre cuidadores(as) primarios(as) de niños y niñas con cáncer se afirmó que la justificación del cuidado del familiar enfermo está asociada principalmente a sentimientos de amor-afecto y deber-obligación.(García, 2011)

En nuestro país investigaciones sobre cuidadores(as) (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; Rojas, 2014) muestran una concordancia con los resultados obtenidos en el presente estudio, las expresiones de satisfacción vinculadas con el ejercicio del cuidado residen en el establecimiento de un compromiso moral que no siempre está basado en un vínculo emocional favorable hacia el receptor del mismo, aspecto que sobresale como una diferencia con lo obtenido en esta investigación, donde el carácter de dicho vínculo siempre fue positivo.

El área personal es la esfera de la vida de las sujetos que más afectada se advierte, pues existe una tendencia en las cuidadoras de abandonar su ámbito personal, en términos de satisfacción de necesidades, configuración de proyectos futuros, cuidado de su salud y disponibilidad de tiempo libre por dar cumplimiento esencialmente a las

tareas del ejercicio del cuidado. Al respecto Lagarde (2003) plantea que el rol de cuidadoras representa a la vez para las mujeres una labor que les provoca un descuido personal, pues emplean su tiempo, energías vitales de cualquier índole (afectiva, intelectual o espiritual) y sus recursos en la asistencia y ayuda de los otros.

Como regularidad en los casos se aprecia una reducción de motivos y escasa proyección futura. Las motivaciones de las cuidadoras se muestran volcadas hacia el bienestar del familiar dependiente y a la actividad de su cuidado. Por otra parte poseen un sentimiento de angustia y malestar vinculado con la temporalidad futura, en tanto es percibida como insegura e incierta, percepción que puede estar explicando su falta de proyección hacia ella. También manifiestan marcados sentimientos de preocupación con respecto a lo que acontecerá con el cuidado futuro de sus hijos e hijas dependientes una vez que no puedan ejercer más el rol de cuidadoras. Perciben que son insustituibles en este rol, lo cual puede estar influyendo en la expresión de sentimientos de tristeza y preocupación.

“(...) lo que yo si deseo es que ella muriera primero que yo porque sé que como yo la atiendo nadie lo va hacer.”; “Yo estoy segura que otra persona que tenga que atender a mi hija le va a costar más trabajo que a mí (...) yo tengo un mecanismo creado para atenderla.”(S7)

“Eso si se reflexiona uno siempre piensa en el futuro.”; “(...) pero sí dialogamos eso sentados, como va a ser eso, que se va a hacer. Es muy difícil, déjame decirte.”(S3)

“(...)me siento triste, pienso mucho en cuando no esté yo que será de él.”(S6)

“Me preocupa mucho pensar en quién va a cuidar a mi hijo cuando yo muera (...)no creo que lo hagan tan bien ni que se preocupen por él cómo lo hago yo, es que él tiene una sola madre y esa soy yo.”(S4)

Las cuidadoras presentan problemas óseos, cardíacos, hipertensión arterial, cefaleas, Diabetes Mellitus II, trastornos del sueño y la primacía de una afectividad negativa. En su generalidad estas afectaciones no son expresadas con insatisfacción, solo tres de ellas refieren explícitamente sus insatisfacciones con sus estados actuales de salud, el cual se ha visto afectado por el ejercicio del cuidado.

“Yo no duermo, tengo pesadillas y eso es desde que estoy cuidando a mi hija, porque esta situación no es fácil.”(S5)

“Soy diabética no tengo tiempo ni de hacer dieta yo como lo que hay”; “Si ha impactado, yo no duermo bien siempre estoy intranquila, desesperada, vigilándolo.”; “Me siento alterada.” (S6)

“Algunas veces me siento cansada (...) tengo dolores en los huesos de la pierna, dolores de cabeza últimamente mi presión me

está subiendo es mucho estrés, la enfermedad de mi hija me ha puesto mal.”(S2)

Apreciándose así en las sujetos una escasa percepción de riesgo ante las complicaciones de sus padecimientos, lo cual es una característica según investigaciones revisadas de los cuidadores y cuidadoras (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; Crespo & López, 2006, García, 2011; Espín, 2010; Pérez, 2006; Steele, 2010, Rojas, 2014). Existe una tendencia a no buscar asistencia médica para el tratamiento de los mismos excepto en situaciones graves y de complicación. La atención médica a estos padecimientos no constituye prioridad para las cuidadoras, priorizan el cuidado de la salud de sus hijos e hijas en detrimento de la suyas. Esta característica de las personas que ejercen la labor del cuidado se expresa además en las sujetos estudiadas por su propensión al deseo de tener un óptimo estado de salud como condición imprescindible para asumir el rol de cuidadora y no en aras de un disfrute y bienestar personal.

1er deseo: salud (S3)

1er deseo: tener salud (S1)

1er deseo: vivir muchos años para cuidar a mi enfermo (S4)

1er deseo: no inhabilitarme mentalmente(S7)

2do deseo: morir después de mi hija que pienso que me necesita (S7)

2do deseo: salud para mí para cuidarlo (S6)

3er deseo: que mis años de vida se alarguen (S5)

4to deseo: deseo vivir mi esposo y yo muchos años para que mi paciente esquizofrénico no se quede sola en su vida (S3)

Existen además valoraciones de insatisfacción en el área personal relacionadas con la repercusión negativa del ejercicio del cuidado en la planificación del tiempo, en tanto poseen un tiempo libre limitado, que en la mayoría no es empleado en la realización de actividades de esparcimiento alejadas del contexto privado. Se evidencia como la dedicación al desempeño de las tareas del cuidado y a las del hogar restringe las posibilidades de esparcimiento personal y ocio de las cuidadoras.

(...)pero no es fácil eso conlleva a que uno se prive de cosas por ejemplo de ir al teatro, ir al cine, hacer ejercicios, yo me daba masajes, en general me veo muy limitada con relación a las actividades externas, pero además estas cosas requieren de tiempo y la verdad no puedo estar en dos cosas(...)"(S5)

"No tengo tiempo, hace mucho que no tengo tiempo, todo el mundo necesita un vínculo con otras personas."(S4)

"No tengo tiempo para mí." "Si aunque yo de cuidadora iba al Taichí ya hace unos años que no he podido ir más porque el horario de su medicamento me coincide con los ejercicios y era mucha la preocupación y los dejé aunque quisiera volver a ir."

(S6)

Estudios nacionales (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; Rojas, 2014) develan una correspondencia con los resultados descritos, los cuidadores y cuidadoras de personas con cáncer, discapacidad físicomotora y Demencia tipo Alzheimer, manifiestan una tendencia a la inestructuración de proyectos personales, ya que se sienten anclados en el presente, lo que le impide proyectarse en una dimensión temporal futura, o articular su tiempo presente en aras de concebir algún proyecto. Este contenido se relaciona con una percepción de limitación personal que encierra al sujeto en el ámbito privado, reduciendo sus posibilidades de recreación y esparcimiento.

Excepto S1 y S2, las demás cuidadoras transitan por la adultez mayor expresando juicios de insatisfacción con las características de este período que son percibidas como limitantes generándoles sentimientos de frustración y tristeza, reflejando así la no aceptación del período en el cual se encuentran. Acosta (2014) plantea que en los cuidadores y cuidadoras de edades más avanzadas se advierten alteraciones más agravantes en el estado de salud y sus proyecciones hacia la dimensión temporal futura develan indicadores funcionales de pesimismo. Surgen temores referidos a la soledad y a la muerte e irritabilidad producida por la incapacidad física y las pérdidas de capacidades para ejercer la labor del cuidado.

“Bueno ya no puedo hacer todas las cosas que hacía antes por la edad”; “Bueno yo leo mucho pero ya no tengo la recreación que a mí me gusta que era la playa y los teatros, ya sabes que por la edad se me dificulta bastante.”(S7)

“Es que mi cuerpo ya está cansado, ya no puedo hacer las cosas que hacía cuando era más joven, no es fácil la vejez.”(S4)

Una experiencia que es vivenciada con una afectividad negativa en términos de desesperación, ansiedad, desesperanza y tristeza son las etapas de brote de la enfermedad que padecen los receptores del cuidado. Todos los casos expresaron insatisfacción con estos períodos en tanto los comportamientos desajustados de sus hijos e hijas son expresión de un estado de salud desfavorable que le generan sentimientos de angustia pues perciben que no están cumpliendo adecuadamente sus funciones como cuidadoras, se sienten como las principales responsables del mantenimiento adecuado de la salud de sus hijos e hijas aunque en este puedan estar influyendo otros factores. Además las tareas del cuidado en estas situaciones especiales son percibidas con niveles crecientes de complejidad y sus actuaciones en la mayoría de las esferas de sus vidas se limitan porque la generalidad de las actividades que planifican en su tiempo están destinadas a las labores del cuidado. Se aprecia una relación directa entre el estado de salud de los receptores del mismo con el estado emocional de las cuidadoras.

“A veces me pongo triste y sobre todo al principio cuando él todavía está en la crisis (...) ya no, él ahora está bien y yo estoy bien, él es el termómetro mío.”(S1)

“Cuando hay crisis yo también me estreso y me altero...”(S7)

“Cuando la ingresaba a ella en un Hospital Psiquiátrico, quieres más impacto que eso. Tú sabes que es dejar a un hijo ingresado ahí y quedarte fuera porque no te dejen estar ahí pero tú no te puedes ir, yo no me iba, yo me quedaba ahí afuera. Darle la espalda a un familiar cercano con este tipo de enfermedad es un impacto

grande.”; “Ella estaba muy mal porque tomaba un medicamento que no le asentaba y eso fue una bomba. Las alucinaciones, los medicamentos, la bomba atómica (...) Estamos hablando de mí, del impacto que tiene. Afecta mi bienestar, destruye a cualquiera.”(S3)

Almaguer (2012) en un estudio que realizó sobre los cuidadores y cuidadoras de personas con Esquizofrenia revela una elevada frecuencia e intensidad de la vivencia de estados emocionales negativos asociados tanto a los síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo como a las propias exigencias de la tarea de cuidar: preocupación, tristeza, impotencia, agobio y miedo. Mientras que los estados emocionales vivenciados con menos frecuencia fueron: indiferencia, gracia, lástima de sí, vergüenza, alegría, satisfacción y enojo. Además evidenció que los cuidadores y cuidadoras siempre o frecuentemente están preocupados por los receptores del cuidado de manera que este es un estado emocional bastante frecuente en este tipo de cuidadores, resultados que se corroboran en la presente investigación.

Como regularidad el área familiar constituye para la mayoría de los casos la esfera de sus vidas que más satisfacciones y estados emociones favorables les provee, configurándose como una de las áreas más importantes para los sujetos. Se aprecia una tendencia a vivenciar con satisfacción las relaciones que se establecen entre los miembros de sus familias las cuales poseen un carácter armonioso, basadas en la ausencia de conflictos, una efectiva comunicación, comprensión, respeto mutuo y la presencia de sentimientos de amor, elementos que hacen referencia de indicadores de una funcionalidad en la dinámica familiar.

Sin embargo algunas cuidadoras reflejan insatisfacciones asociadas a esta esfera. En el caso de S5 esta área es fuente de cuantiosas insatisfacciones que devienen de una desfavorable historia familiar plagada de vivencias negativas y por la existencia de

conflictos actuales con algunos miembros de su familia de origen. Por su parte S2 vivencia insatisfacción por el carácter conflictivo de las relaciones que se establecen entre su hija que padece de Esquizofrenia y el padre. Además estas sujetos poseen necesidades, como las de afecto, apoyo y comprensión, que no encuentran en el ámbito familiar su realización.

Otra satisfacción en el área familiar se vincula con la distribución de las tareas del hogar, en su mayoría estas son responsabilidad exclusiva de las cuidadoras y aunque esta condición puede constituir un elemento favorecedor a una experiencia de sobrecarga teniendo en cuenta que también deben asumir las tareas del cuidado no es vivenciada como tal, lo que puede estar mediado por sus concepciones tradicionales de los roles de género, en las cuales se le asigna a la mujer las funciones del ámbito privado.

Solo S4 manifestó insatisfacción con este indicador pues vivencia una sobrecarga que deviene en un agotamiento físico. Un factor que puede estar mediando esta diferencia estriba en que la sujeto convive con otra mujer, su nuera, hacia la cual están destinadas las demandas de ayuda, lo que reafirma su concepción de género, en tanto no reclama apoyo de los hombres que residen en su hogar.

Otra generalidad en el grupo estudiado se asocia a la satisfacción y los sentimientos de agradecimiento, amor y de seguridad que experimentan las sujetos excepto S5 y S2 en relación con el apoyo que reciben de sus familiares tanto para la resolución de sus situaciones problemáticas como para la realización de las tareas del cuidado.

“Aquí me apoyan todos, mis otros hijos, mi nuera, mi esposo, si le falta una medicina todos se ponen en función de buscarla.”(S4)

“Mi familia me apoya en todo, con ellos siempre puedo contar.”(S6)

“Para mí la familia es lo más importante, para mí la familia es lo fundamental (...); “Siempre estamos unidos para enfrentar cualquier situación.”; “es verdad yo tengo el apoyo de mi esposo y de mi hijo también.”(S3)

“Mi familia me ha ayudado siempre.”; “ La verdad yo estoy muy bien con lo que hago porque recibo ayuda.”(S7)

Estos resultados difieren con los expuestos en investigaciones en el ámbito nacional sobre cuidadores (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; Rojas, 2014) donde la familia no se integra en el sistema de redes de apoyo de los cuidadores y cuidadoras generándose sentimientos de sobrecarga, desamparo y soledad, constituyendo este factor una de las principales insatisfacciones referidas a esta área.

La esfera de pareja sobresale como otra área significativa para la mayoría de los sujetos, en tanto poseen una relación de pareja basada en fuertes sentimientos de amor, comprensión y apoyo.

“No llevamos muy bien, siempre ha sido así, todo no los decíamos.”; “en base al amor que nos tenemos, a la compenetración nunca nos hemos ocultado nada.”; “mi esposo es el apoyo principal (...) si yo no estoy porque hay veces que

tengo que resolver problemas el asume el cuidado a tiempo completo.”(S3)

“(…)él es mi todo.”; “ Él siempre me apoya.”(S6)

(…) con mi esposo me siento feliz, mi esposo me quiere mucho y yo a él también. El me cuida como nadie y me apoya en todo.”(S4)

“Las relaciones con mi esposo son maravillosas (…)él me da mucho ánimo, me da muchas fuerzas para seguir para adelante, él siempre me dice mira esa enfermedad es como otra cualquiera(…)”; “ Él me apoyo mucho...”; “La apareja que yo tengo es ... bueno para mí es mi ideal, claro que sí.”(S1)

“Es un buen matrimonio, viejo pero bueno, ya gastado pero bello y salieron frutos hermosos de él.”(S7)

Las sujetos que mantienen en la actualidad una relación de pareja expresan satisfacción con el carácter favorable del vínculo que establecen con sus esposos y por el apoyo que estos le brindan tanto para la resolución de sus situaciones conflictivas y la realización de las tareas del hogar como para la realización de las actividades del cuidado. Los cónyuges han constituido un sostén emocional y operativo en el enfrentamiento y adaptación al rol de cuidadora. En esta esfera de sus vidas

satisfacen necesidades de afecto, se sienten amadas por sus cónyuges, de seguridad y apoyo.

Las sujetos S5 y S2 son las que experimentan insatisfacción y una afectividad negativa traducida en sentimientos de tristeza y soledad expresadas en el área, se aprecia una ausencia de relación de pareja en la actualidad. S5 no posee pareja y manifiesta una demanda explícita de contraer una relación en aras de suplir necesidades insatisfechas como las de afecto y apoyo emocional. Su insatisfacción en el área también deviene de una historia de pareja colmada de sentimientos de frustración y malestar.

“Mis principales necesidades son de afecto, cariño, de amor, de ayuda, de comprensión un poco de descansar todas mis responsabilidades, balancearlas con una persona que me ayude.”;

“No me siento satisfecha porque yo quería en esta etapa de mi vida tener un buen compañero al lado mío.”(S5)

Por su parte S2 la ausencia de una relación de pareja resulta como una consecuencia de la asunción del rol de cuidadora, en tanto percibe que priorizó las funciones de este rol en detrimento de las correspondientes a su rol de esposa. Actualmente está casada con el padre de sus hijas pero no establecen una relación matrimonial, están separados aunque no legalmente. Esta condición es vivenciada por la sujeto con insatisfacción en tanto posee necesidades en carencia como las de afecto y apoyo, las que devienen en sentimiento de soledad y tristeza.

“Nosotros dormimos en cuartos diferentes (...); Si ha impactado porque yo más me he dedicado a ella, me he consagrado más a sus problemas que a los de la pareja(...); “Algunas veces me pongo triste porque veo a que situación hemos llegado los dos, él fue mi primer novio y único esposo y ahora ya no somos nada.”(S2)

Por lo tanto la satisfacción en esta área está muy determinada por la calidad del vínculo establecido con sus parejas y por la percepción del apoyo ofrecido por estas, estudios tanto del ámbito nacional como internacional coinciden con los resultados obtenidos en la presente investigación,(Acosta,2014; Cánovas, 2014; García, 2012; Espín, 2010; Rojas, 2014; Ribé, 2014) las cuidadoras que perciben que son apoyadas por sus parejas tienden a no vivenciar sobrecargas y síntomas de depresión, se sienten más reconocidas y aceptadas, favoreciendo a la valoración de satisfacción en el área de pareja y por el contrario, la falta de apoyo crea en las cuidadoras la sensación de soledad, mayor responsabilidad, abandono, estrés y depresión.

En cuanto al área social en las cuidadoras existe una tendencia a expresar valoraciones de satisfacción con la presencia de amistades y el apoyo que reciben de estas en el afrontamiento de sus situaciones problemáticas y en las tareas del cuidado, en tanto le ofrecen apoyo emocional, práctico y nuevas alternativas de solución.

“Tengo buenas amistades, las necesarias pero buenas, me siento satisfecha”(S1)

“Yo tengo amistades que me apoyan y yo delego en ellos algunas actividades.”; “(...)me da iniciativas de cómo hacer una cosa que yo no tenía ni idea de cómo hacerlo, eso es muy importante.” (S2)

“Mis amistades siempre se preocupan por el estado de mi hija y me ayudan en todo lo que yo necesite.”(S3)

“Me siento apoyada por muy buenos amigos (...), que han sido la familia que no tengo.”(S5)

“Si los pocos amigos que tengo me han ayudado mucho me han dado mucha terapia se brindan para todo.”(S6)

Resulta particular el caso de S7 y S4, las cuales expresan insatisfacción en el área con la pérdida de amistades por disímiles acontecimientos, entre ellos figuran la emigración y el fallecimiento, pérdida que es vivenciada con sentimientos de tristeza y soledad.

S3 y S5 también experimentan satisfacción con el apoyo que reciben de otras figuras significativas que las asisten en el desempeño de las responsabilidades del cuidado, como son los vecinos y un grupo religioso.

“(...) cuando yo he necesitado ayuda ellos vienen a mi casa me apoyan me ayudan a resolver las cosas, ellos son los hermanos de la iglesia (...)” (S5)

“Mis vecinos también me ayudan (...); “Además vivimos en un edificio donde las personas somos como familia (...); (S3)

Otra regularidad en el grupo estudiado se asocia con la satisfacción y los sentimientos positivos suscitados por la percepción de apoyo de las instituciones de salud, específicamente por la atención ofrecida por el personal de trabajo de la sala de psiquiatría del Hospital Hermanos Ameijeiras y en especial a la labor de la psiquiatra que asiste a sus hijos e hijas, en tanto es reconocida como un factor esencial en la favorable evolución de la enfermedad en sus descendientes. Se advierten sentimientos de agradecimiento y afecto hacia estas figuras pues le proporcionan información sobre la Esquizofrenia, orientación sobre cómo ejercer el rol de cuidadora y reconocimiento por la labor que desempeñan.

“En las otras instituciones no ha sido así con esta consagración, no habían dado un diagnóstico de lo que ella tenía, donde hubo profundidad y más profesionalidad fue aquí en el Ameijeiras”; “(...) cuando los médicos me ven me saludan con afecto y eso me hace feliz.”(S5)

“Yo llego a este hospital y yo recibo ayuda de todo el mundo, es que aquí las personas son como si fueran mi familia.”; “Te dije que no tenía religión ella ha sido el Dios, ella ha sido todo para ella y para nosotros.” “La doctora (...) ha sido no solamente quien la mejoró, sino quien nos ha enseñado a cómo cuidarla, a cómo

tratarla (...) ya todo fue distinto, nos dieron deseos de vivir hasta a nosotros mismos, a los padres, a todos.”(S3)

“Aquí la atención es muy buena, me apoyan (...) Les estoy agradecida por la atención que nos dan.”(S2)

Ribe (2014) refiere que una mayor empatía de los profesionales con los familiares proporcionándoles información y apoyo facilita la disminución de “percepción de carga”. Resaltando la utilidad que posee el apoyo formal para los cuidadores y cuidadoras principales de personas con Esquizofrenia. Resultados que se corroboran con los resultados de esta investigación, pues el apoyo formal proporciona satisfacción y estados emocionales positivos a las cuidadoras estudiadas influyendo de forma favorable en el bienestar psicológico.

En un estudio desarrollado en el contexto nacional (Cánovas, 2014) se vislumbran diferencias con los resultados obtenidos en esta investigación. Se reflejan insatisfacciones asociadas a la percepción de escaso apoyo social a nivel institucional, influyendo negativamente en las cuidadoras, sienten que no son valoradas socialmente y además les presenta nuevas problemáticas a su vida, debido a que son ellas las que deben gestionar todas las cuestiones asociadas al cuidado lo que acrecienta sus responsabilidades y con esto sus insatisfacciones.

Es evidente que las redes de apoyo constituyen unos de los elementos más importantes para el afrontamiento del impacto de la enfermedad y de las exigencias del rol de cuidadora, incidiendo directamente en el bienestar psicológico. Rojas (2014) expresa que cuando el sistema de redes de apoyo se advierte funcional la vivencia del cuidador y cuidadora tiende a ser más positiva y el tránsito hacia la aceptación de la enfermedad suele ser mucho más efectivo y el no poseerla proporciona sentimientos de desamparo, soledad, aislamiento y sobrecarga de funciones.

Otras insatisfacciones en el área social se asocian a las escasas posibilidades de socialización que poseen las cuidadoras estudiadas al estar ancladas al ámbito privado. Algunos casos, S1 y S2, poseen una interacción social más regular como producto de su quehacer profesional. Actualmente ellas se desarrollan en el área laboral, en la cual satisfacen sus necesidades de socialización aunque no globalmente. S5 devela también una particularidad relacionada con su pertenencia a un grupo religioso, el cual se articula como un espacio de satisfacción de algunas de sus necesidades como las de afecto, esparcimiento y socialización.

A pesar de la existencia de algunas peculiaridades en los casos es una regularidad la insatisfacción vinculada con la no disposición de espacios que le permitan satisfacer sus necesidades de ocio y recreación. Resultados similares se muestran en algunos estudios (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; Ribe, 2014; Rojas, 2014) donde queda evidenciado que la esfera social de los cuidadores y cuidadoras manifiesta un conjunto de transformaciones importantes, los espacios de socialización se dificultan así como la frecuencia de las interacciones. Estas condiciones proporcionan un impacto emocional negativo para las personas que asumen el ejercicio del cuidado llegando a manifestar sentimientos de abandono y desamparo.

En relación con el área laboral no constituye una esfera de actuación para la mayoría de las sujetos pues son jubiladas, solo S1 y S2 presentan un vínculo laboral. Esta esfera figura como una de las más controversiales en tanto posee diversos abordajes. En la literatura revisada se expresa que es una tendencia en las personas que asumen el ejercicio del cuidado la jubilación a destiempo (Crespo & López, 2006, Ribe, 2014, García, 2012, Espín, 2010, Rojas, 2014, Cánovas, 2014, Acosta, 2014) tal y como aconteció con S5 generándole sentimientos de frustración y tristeza, pues se jubiló en aras de asumir el rol de cuidadora principal en unos de los momentos más prósperos de su profesión, la cual constituía el sentido de su vida; encontrando en ella la autorrealización.

“Yo he tenido que desprenderme de mi trabajo que lo amaba que me gustaba (...); “El problema de mi hija principalmente lo que me ha traído es que yo tuve que dar un corte antes de tiempo en mi vida laboral porque era o poner a mi hija en manos de una persona que yo le pagara para que me la cuidara o yo dejara mi trabajo (...).”(S5)

Por su parte S3 se jubiló en la etapa correspondiente en aras de asumir el rol de cuidadora principal a tiempo completo en detrimento de cumplir su deseo de seguir estableciendo un vínculo laboral. Es importante señalar que el proceso de jubilación no fue vivenciado con insatisfacción por la sujeto en tanto percibía que estaba realizando su deber de madre, lo cual le generaba placer.

“Yo la recuerdo bonita, la recuerdo con que fue muy bueno trabajar. Si no llega a ser porque la hija mía estaba enferma no me hubiese jubilado a los 55(...) como ella estaba enferma para poder darle más atención me jubilé a esa edad pero si no hubiese seguido trabajando.”(S3)

En el caso de S1 y S2 se mantiene el vínculo laboral esencialmente por motivos económicos y una marcada motivación profesional. Este resultado corrobora los presentados en otros estudios(Acosta, 2014; Rojas, 2014) evidenciado la doble función que puede desempeñar el vínculo laboral , la primera se asocia a la principal fuente económica que garantiza las condiciones indispensables para llevar a cabo los

cuidados del paciente o de manera general, garantiza, en alguna medida las condiciones y el nivel de vida de la persona y la segunda función está relacionada con que el ámbito laboral satisface necesidades de socialización y de esparcimiento, además de que puede constituir un espacio propicio para ventilar la carga emocional negativa que deviene como consecuencia de la propia actividad de cuidar.

A pesar de las particularidades descritas emerge una tendencia en las cuidadoras estudiadas referida a juicios de satisfacción con la dinámica laboral, basada en relaciones armoniosas entre el personal de diferentes estatus de la jerarquía organizacional y por el apoyo ofrecido para la realización de las tareas del rol de cuidadoras. Se advierte como otra regularidad la expresión de una afectividad positiva hacia esta esfera de la vida.

“Somos un colectivo que somos como una familia, hay unidad.”(S1)

“(...) fui muy feliz en mi trabajo, me sentía bien.” “Me sentí realizada.”; “Yo la recuerdo bonita, la recuerdo con que fue muy bueno trabajar.”(S3)

“(...)Cuando yo salí de la contabilidad y empecé en la gerencia de venta esa fue mi mayor satisfacción.”(S5)

“Yo me sentía muy bien en mi trabajo, me llevaba bien con mis compañeros (...)”(S6)

“Yo me sentía bien trabajando me gustaba lo que hacía.”(S4)

“Cuando empecé a trabajar logré muchas cosas...”; “Estoy muy satisfecha a pesar que me esforcé en los estudios ya después de vieja y me encantó dar clases porque me gustaba enseñar.”(S7)

Las sujetos como tendencia solicitaron y solicitan “la licencia sin sueldo” para dar respuesta a las exigencia del rol de cuidadora en períodos de brote de la enfermedad de sus hijos e hijas, en estas situaciones especiales deben y debían asuntarse a su centro laboral asumiendo las responsabilidades del cuidado a tiempo completo. No presentan insatisfacción con esta alternativa de afrontamiento ante estas exigencias; le confieren mayor importancia al cuidado de sus descendientes en tanto están cumpliendo con un deber que las engrandece moralmente.

Cánovas (2014) al respecto plantea la existencia de una tendencia a anteponer el rol de cuidadora al de profesional o trabajadora, como consecuencia de la identificación con roles y concepciones tradicionales de género, que influyen de manera relevante en sus comportamientos, pues la sociedad patriarcal las ha educado en su deber con los otros (en este caso su familiar receptor de cuidados) antes que consigo misma (intereses laborales), llegando a determinar, su actuación al abandonar sus intereses y motivación profesional y dedicarse a las tareas del cuidado.

Se hace evidente las afectaciones producidas por la labor del cuidado en esta esfera de la vida de las sujetos, la cual figura como una importante fuente de satisfacción y afectividad positiva. El trabajo se articula para los cuidadores y cuidadoras un factor que perpetúa sus posibilidades de vínculo social, aun cuando pueda sumar tareas y agotar más al cuidador(a), logra proveer bienestar, especialmente asociado a la posibilidad de poder interactuar con otras personas fuera del hogar y realizar tareas de sus agrado que distan de las funciones del cuidado, existiendo un cambio importante y necesario de actividad. (Espín, 2010; Cánovas, 2014; Acosta, 2014; Rojas, 2014)

En relación con el área material emergen variadas insatisfacciones que se acompañan de sentimientos de frustración y preocupación. Surge como regularidad la percepción de no poseer lo necesario para vivir, la valoración de no presentar una vida material asegurada y una inconformidad con los recursos monetarios de los cuales disponen, calificando de desfavorable su situación económica actual. Resultados que coinciden con los encontrados en otros estudios (Acosta, 2014; Rojas, 2014, Cánovas, 2014). Estas expresiones de insatisfacción pueden estar vinculadas con las condiciones socioeconómicas propias del contexto en el que la personas desarrollan su vidas cotidianas y que suponen un impacto en las vivencias asociadas a esta esfera.

“Ahora a nosotros nos subieron el salario un poquito más,(...) no es el que hace falta porque la vida está difícil, está cara.”(S1)

“El dinero apenas alcanza (...) y duele saber que tu sueldo no te da para comprar las cosas que necesitas.”(S2)

“No es buena, mi hija no tiene sueldo, ella no coge nada nunca trabajó, mi esposo y yo solo tenemos nuestra jubilación y de eso no se vive, no alcanza para los gastos de tres personas, gracias a mi hijo que nos ayuda, él nos mantiene (...)”(S3)

“(...) la necesidad que en sí yo tengo es económica, a veces no me alcanza el dinero,(...)”.(S4)

Existen algunas particularidades que se hacen necesarias referenciar, en el caso de S4 las insatisfacción en el área se acrecienta por la inconformidad que posee con su

inmueble actual, vive en un albergue y desde hace más de 5 años está reclamando a las instituciones pertinentes una nueva vivienda, esta situación y otras derivadas del hacinamiento que se evidencia en su hogar le generan sentimientos de desesperanza y desesperación. S7 y S5 no manifiestan insatisfacciones en el área evidenciando un conformidad con sus condiciones materiales actuales y valorando de altos sus ingresos económicos, condición que está dada por la ayuda económica que reciben de sus hijos que han emigrado.

El vivenciar insatisfacciones en esta esfera supone frecuentemente la presencia sentimientos de preocupación, sin embargo existe una tendencia en las sujetos de atribuirle a esta esfera menos importancia en comparación a la concedida a las restantes áreas aunque no obvian lo necesaria que es para desarrollar adecuadamente sus vidas.

Después de esta sistematización se puede plantear que el bienestar psicológico de las sujetos se advierte disminuido por las cuantiosas vivencias de insatisfacción y la preponderancia de la afectividad negativa que manifiestan en las diferentes esferas de sus vidas como consecuencia esencialmente de la asunción del rol de cuidadoras. Resulta entonces necesario conocer aquellos factores psicosociales que emergen como favorecedores y/o obstaculizadores del bienestar psicológico en ras lograr una mayor comprensión del mismo. A continuación se presentará este análisis.

3.1.2 Factores psicosociales que favorecen y/u obstaculizan el desarrollo del bienestar psicológico.

En el desarrollo del bienestar psicológico de las cuidadoras estudiadas se constatan factores psicosociales que actúan como favorecedores y/u obstaculizadores, se hará mención de los emergentes en la presente investigación atendiendo a las generalidades y particularidades de los casos, sin negar la existencia e influencia de otros posibles factores.

El motivo por el cual se asume el ejercicio del cuidado constituye tanto un favorecedor como un obstaculizador del desarrollo del bienestar psicológico. Por una parte se articula como un favorecedor en tanto les genera vivencias de satisfacción y estados

emocionales positivos. Todos los casos develan como móvil principal de la asunción de la responsabilidad del cuidado un compromiso moral, perciben que están cumpliendo con un deber que las enaltece moralmente hacia el cual establecen juicios de satisfacción. El cuidar a sus hijos e hijas dependientes se establece como un sentido para sus vidas, reflejando una de las características de las cuidadoras(es) la tendencia de “vivir para los otros” y la gratificación que vivencian con tal predisposición. (Acosta, 2014; Cánovas, 2014; García, 2011; Julve, 2005; Rojas, 2014; Ribe, 2014; Steele, 2010) Pero a su vez este motivo figura como un obstaculizador del bienestar psicológico en tanto es una de las razones por las cuales las sujetos no delegan la responsabilidad del cuidado en otras personas, lo que dificulta su adecuada actuación en las diferentes áreas de sus vidas, vivenciando insatisfacciones y una afectividad negativa que pudieran disminuir si compartieran las tareas del cuidado con otra u otras personas.

Al respecto Crespo & López (2006) expresan que en algunas ocasiones el fenómeno de la dependencia es bidireccional, la persona dependiente necesita de su cuidador, pero a veces también se desarrolla un proceso de dependencia del cuidador(a) hacia el familiar dependiente. Los cuidadores(as) tienden a vivir exclusivamente para el familiar al que cuidan, reducen su red social y transforman la díada cuidador-persona dependiente en un sistema cerrado.

Las sujetos al no delegar las responsabilidades del cuidado en otras personas, se limitan a poseer más tiempo libre y a poder participar en espacios de socialización y recreación, donde pudieran satisfacer sus necesidades latentes de vínculo social y de ocio. Además esto le permitiría realizar actividades diferentes a las del cuidado ofreciéndoles un espacio de descanso y de ventilación emocional, ampliándose así sus intereses y motivos, los cuales están circunscritos exclusivamente a la esfera familiar.

La identidad de género es otro factor favorecedor y obstaculizador del bienestar psicológico. Las sujetos asumieron el rol de cuidadoras de forma voluntaria, condición que puede favorecer al bienestar psicológico en tanto perciben que están desempeñando una función por voluntad y decisión propia y no como un rol impuesto,

lo cual les genera un estado emocional placentero sintiéndose satisfechas consigo mismas. Esta asunción “voluntaria” puede estar influenciada por su identidad de género; todas refieren que la labor del cuidado es una función incuestionable del rol de madre, de mujer, en este sentido se puede plantear que la identidad de género es un factor favorecedor, en tanto se encuentra en la base de tal satisfacción.

La cultura patriarcal las educa a sumir este rol como una función natural por su condición de ser mujer. Postula que las mujeres deben encargarse de las funciones del ámbito privado (maternidad, cuidado de sus descendientes, etc.) en las cuales deben hallar su realización personal. La sociedad asume un rol de juez que evalúa constantemente a las mujeres en el desempeño de estas funciones y critica de forma desfavorable a aquellas que se desvían de la norma en tanto no cumplen con lo establecido.

En la mayoría de los casos, el cuidado recae en la población femenina de la familia como una consecuencia natural sin posibilidades de contestación y sin que suponga una toma de decisión consciente por parte de la mujer que lo asume. Los varones de la familia apenas participan de la posibilidad de ser designados. (Julve, 2005)

La identidad de género condiciona una asunción acrítica de la labor del cuidado, no se aprecian juicios de cuestionamiento sobre este fenómeno, en términos de quién lo asume y el por qué, propiciando que ellas como generalidad sean las que asuman este rol en su familia y por consiguiente ser más vulnerables a las afectaciones de diversas índoles que trae consigo ejercerlo, es ahí donde radica su papel como obstaculizador del desarrollo del bienestar psicológico.

Por otra parte el sentimiento del deber implica obligación, y este sentimiento se instaura en las cuidadoras como una prioridad descuidando sus necesidades o intereses, lo que explica el abandono que manifiestan en su área personal, esfera más afectada en términos de valoraciones de insatisfacción y vivencias de estados emocionales negativos, lo cual predetermina al bienestar psicológico hacia una disminución.

Un factor que sobresale también como un posible favorecedor del bienestar psicológico es el vínculo positivo que poseen las cuidadoras con los receptores del cuidado. El establecimiento de relaciones armoniosas promueve la disminución de la existencia de conflictos y con ello la presencia de vivencias placenteras asociadas a la interacción con sus hijos e hijas dependientes. La calidad del vínculo apreciado promueve una comunicación efectiva entre las cuidadoras y los receptores de sus cuidados en función de las capacidades reales que poseen estos como consecuencia de la sintomatología de la enfermedad que manifiestan. Las características de esta relación pueden minimizar las vivencias de insatisfacción asociadas a la realización de las tareas del cuidado en tanto encuentran en este vínculo sentimientos de amor y satisfacción.

Por otra parte el no poseer experiencias previas del cuidado de personas con enfermedades crónicas y en especial con trastornos mentales antes de la asunción del rol de cuidadoras se torna un factor desfavorecedor para el bienestar psicológico, pues asumieron un rol sin tener una anticipada preparación para su desempeño ocasionándoles la experimentación de insatisfacción y sentimientos de frustración, desesperación, ansiedad y rasgos de depresión, principalmente en la etapa del diagnóstico de la enfermedad la cual fue vivenciada como una situación estresante.

Relacionado con esto Almaguer (2012) plantea que aprender a cuidar no es un hecho que surge automáticamente y en ocasiones no resulta fácil, es una actividad que presenta grados de dificultad y puede constituir una gran fuente de estrés. Se evidencia así la significación que posee un entrenamiento o capacitación previa sobre la realización de las tareas del cuidado para asumir adecuadamente este rol y lograr una rápida adaptación al mismo.

Otro factor que se configura como obstaculizador del bienestar psicológico son las características de la enfermedad que padecen los receptores del cuidado. La Esquizofrenia es una enfermedad crónica, ello supone que el rol de cuidadora se asuma por un tiempo indefinido demandándole a las sujetos niveles crecientes de adaptación y una reestructuración subjetiva en aras de disminuir las vivencias negativas asociadas al mismo.

Los síntomas que presentan sus hijos e hijas como consecuencia de la enfermedad como las alucinaciones, ideas delirantes, rechazo al contacto social, etc. repercuten negativamente en los estados emocionales de las cuidadoras, deviniendo en estados de ansiedad y algunos rasgos depresivos. Además vivencian con insatisfacción las consecuencias que poseen para sus hijos e hijas el padecer esta enfermedad pues devela afectaciones en sus estados de salud y les impide entre otros aspectos la realización global de las actividades de la vida cotidiana y su participación plena en la sociedad.

Las sujetos además expresan inconformidad con la edad en que debutaron sus hijos e hijas con Esquizofrenia, es una característica de esta su tendencia a comenzar entre los 15 y 25 años de edad, para las cuidadoras esto constituye una fuente de sentimientos de frustración y malestar porque perciben que el desarrollo de las vidas de sus descendientes fue afectado de una forma brusca en las etapas en las cuales podían encontrar mayor realización personal y profesional.

También es característico de la enfermedad tener período de brote y estos emergen como etapas generadoras de estrés y sentimientos de tristeza para las sujetos en tanto el ejercicio del cuidado se hace más complejo; deben convivir con los comportamientos desajustados de los receptores del mismo y con las exigencias que le impone esta labor las cuales acrecientan su grado de dificultad.

Emerge como otro factor obstaculizador del bienestar psicológico la no aceptación de la enfermedad de los receptores de sus cuidados, esto ocasiona que ante los comportamientos desajustados de sus hijos e hijas, experimenten insatisfacción y estados emociones negativos como la desesperación, tristeza y ansiedad. Además al no aceptar la enfermedad se crean falsas expectativas sobre la evolución de la misma y cuando estas no son cumplidas experimentan sentimientos de frustración y desesperanza.

Por su parte el tiempo que llevan ejerciendo la labor del cuidado figura como un factor favorecedor y obstaculizador del bienestar psicológico de las sujetos. Los casos que llevan más años desempeñando el rol de cuidadoras (S7 y S3) reflejan en comparación

con los restantes una mayor aceptación de las circunstancias generadas por la asunción de este rol, facilitando el reajuste y organización de su actuación, especialmente por la adquisición de práctica y destreza en el manejo de las personas dependientes, en este sentido puede constituir un factor favorecedor en tanto posibilita una mayor aceptación y conocimiento de la enfermedad, sin embargo también figura como un obstaculizador del desarrollo del bienestar psicológico porque puede influir en el aumento de las afectaciones de salud de las cuidadoras.

Otro factor que constituye un obstaculizador del desarrollo del bienestar psicológico es la etapa del desarrollo de la Adulthood Mayor pues algunas de sus características como el deterioro físico y cognitivo que se produce en ella son fuentes de insatisfacción para las sujetos que se encuentran en esta etapa y son vivenciadas con sentimientos de frustración y tristeza. Además es característico de la Adulthood Mayor la mediatización reflexiva acerca de la muerte en tanto es la última etapa del desarrollo, reflexiones que generan sentimiento de angustia y preocupación y pueden estar influyendo en no estructuración de proyectos futuros.

La religión sobresale como un factor favorecedor del bienestar psicológico, se configura como un apoyo y estrategia para afrontar las situaciones problemáticas que emergen en las diferentes esferas de la vida y en especial las exigencias impuestas por el rol de cuidadora, como se demuestra en el caso de S5, única sujeto que manifiesta creencia religiosas, emergiendo como una particularidad del estudio.

La religión le permite justificar las adversidades y dificultades de su vida como una prueba de su Dios las cuales debe vencer y aceptar. Además por sus creencias religiosas alberga sentimientos de esperanza asociados a la temporalidad futura en tanto confía encontrar en estas situaciones más favorables que las existentes en su presente. Por otra parte obtiene un reconocimiento social por la labor que realiza como cuidadora, pues es percibida en este contexto como una buena acción que será recompensada por su Dios. La espiritualidad no solo la ayuda a enfrentar sus situaciones problemáticas, también le provee apoyo en la realización de las tareas del rol de cuidadora, apreciándose la religión como una red de apoyo esencial. Además

conforma un espacio de satisfacción de algunas necesidades como las de esparcimiento y vínculo social.

Otro factor favorecedor del desarrollo del bienestar psicológico es poseer una autovaloración adecuada. Las sujetos que la manifestaron poseen confianza en sí mismas, se perciben útil y necesaria para los demás, perciben sus cualidades positivas y negativas por lo que no tienden a crearse expectativas falsas sobre sus capacidades reales y potencialidades, lo cual le permite afrontar con más eficiencia las situaciones problemáticas existentes en sus vidas. Además el estar conforme con sus características físicas y psicológicas le provee a las sujetos satisfacción y un estado emocional positivo.

Algunas capacidades psicológicas como la reestructuración del campo y la tendencia hacia una visión positiva de los acontecimientos emergen como factores favorecedores del bienestar psicológico, las cuidadoras son capaces de realizar un reajuste comportamental y emocional ante las situaciones conflictivas y las exigencias del ejercicio del cuidado. Además tienden a valorar como más satisfactorias las áreas de su vida, se centran en las cuestiones positivas más que en las negativas y poseen mayor confianza en su futuro.

De hecho, si el cuidador tiene recursos adecuados y buenos mecanismos de adaptación, la situación de cuidar al familiar no tiene por qué ser necesariamente una experiencia frustrante y hasta pueden llegar a encontrarse ciertos aspectos gratificantes (Bazo, 1998; Farran, 1997 citado por Crespo & López, 2006).

El mantener un vínculo laboral se articula como otro factor favorecedor del bienestar psicológico, solo dos casos (S1 y S2) lo presentan y constituye para las mismas una fuente de satisfacción y de una afectividad positiva pues realizan una actividad hacia la cual reflejan una marcada motivación profesional y que le permite por un período de tiempo alejarse de las tareas del cuidado, apreciándose un cambio de actividad. Además sus centros laborales constituyen un espacio donde pueden satisfacer sus necesidades de esparcimiento y vínculo social.

Steele (2010) en su estudio determinó una relación estadísticamente significativa entre el cuidador que no realiza actividades ajenas al cuidado y la presencia en éste del síndrome de sobrecarga del cuidador, de ahí la importancia de realizar actividades donde sus contenidos no se reduzcan a las tareas del cuidado.

Otro factor que se instaura como favorecedor del bienestar psicológico es la funcionalidad de la dinámica familiar, caracterizada por la ausencia de conflictos, la prevalencia de sentimientos de amor, respeto y comprensión ente su miembros y la presencia de una comunicación efectiva. Esta cualidad le genera a las sujetos satisfacción y estados emocionales positivos en tanto se perciben seguras y amadas por su familia.

Por otra parte el poseer una armoniosa relación de pareja se establece como un factor favorecedor del bienestar psicológico pues las cuidadoras vivencian con satisfacción y estados emocionales positivos el vínculo que poseen con sus esposos basados en sentimientos de amor y comprensión. Las cuidadoras que poseen actualmente una pareja asocian satisfacciones a esta esfera de su vida mientras los casos que no mantienen una relación de pareja reflejan insatisfacción en el área por la existencia de necesidades insatisfechas como las de afecto y apoyo emocional.

El poseer redes de apoyo tanto formal como informal constituye un factor favorecedor para el bienestar psicológico, pues las sujetos tienden a vivenciar satisfacción y una afectividad positiva en las diferentes esferas de sus vidas al percibir que son apoyadas en el afrontamiento de sus situaciones conflictivas y en la realización de las tareas de la labor del cuidado. Las redes de apoyo de las sujetos varían en número de integrantes, algunas encuentran apoyo en varios grupos mientras en otras se reduce a la existencia de pocas personas, pero este no es el elemento determinante en la vivencia de satisfacción, pues lo importante para ellas es la calidad y no la cantidad de apoyo recibido. Entre los protagonistas de sus redes de apoyo se encuentran las amistades, familiares, personal del centro laboral, vecinos y parejas. Es importante señalar que a pesar del apoyo que reciben en el desempeño de su rol de cuidadoras ellas siguen siendo las cuidadoras principales de las personas dependientes.

Las instituciones de salud también integran su red de apoyo, en las cuales satisfacen sus necesidades de información sobre la enfermedad y de orientación sobre como desempeñar el rol de cuidadoras, lo cual les proporciona sentimiento de seguridad y agradecimiento. Vivencian con satisfacción la asistencia que reciben sus familiares y ellas del personal de la sala de psiquiatría del Hospital Hermanos Ameijeiras.

Esto devela cuán importante es para el bienestar psicológico de las cuidadoras poseer apoyo formal provenientes de las instituciones de salud, el cual aún es deficiente y no cubre globalmente sus necesidades porque demandan ser atendidas no como el familiar acompañante de una persona enferma sino como sujetos singulares que necesitan una atención personalizada pues poseen afectaciones en sus vidas por el rol de cuidadoras que desempeñan, el cual implica un gran costo, pero que a la vez son personas que poseen potencialidades y capacidades reales que se deben desarrollar y estimular en aras de lograr su adaptación a este rol y por ende potenciar su bienestar psicológico.

Se evidencia con el análisis presentado la existencia de un conjunto de factores psicosociales que se articulan como favorecedores y/o obstaculizadores del desarrollo del bienestar psicológico de las sujetos en función de sus características personalógicas, la situación concreta y el contexto particular en el cual desempeñan el rol de cuidadoras. La personalidad y las condiciones sociohistóricas en las cuales se desenvuelven las sujetos figuran como dos elementos mediadores de la expresión del bienestar psicológico. Se puede plantear entonces que los factores psicosociales que emergen como:

Favorecedores y obstaculizadores del desarrollo bienestar psicológico son:

- El motivo por el cual asumen las responsabilidades del cuidado
- La identidad de género
- El tiempo que llevan ejerciendo la labor del cuidado

Los favorecedores del desarrollo del bienestar psicológico lo constituyen:

- La calidad del vínculo que establecen con los receptores del cuidado.
- Religión
- Autovaloración adecuada
- Capacidad de reestructuración del campo
- Visión positiva de los acontecimientos
- Poseer un vínculo laboral
- Funcionalidad de la dinámica familiar
- Calidad de la relación de pareja
- Calidad de las redes de apoyo, tanto formal como informal

Obstaculizadores del desarrollo del bienestar psicológico

- No poseer experiencias previas del cuidado de personas con enfermedades crónicas en especial con trastornos mentales.
- Las características de la enfermedad de los receptores del cuidado
- La no aceptación de la enfermedad de los receptores del cuidado
- Etapa del desarrollo de la Adulthood Mayor

En general las diversas investigaciones indican que una interpretación positiva de su situación como cuidadores y cuidadoras correlaciona significativamente con una mejor salud mental de estos, menores niveles depresivos, de malestar emocional y de ira. Se puede plantear entonces que atender a estos efectos positivos contribuye a una mejor salud mental del cuidador, al no estar considerando únicamente el innegable aspecto negativo que tiene su situación y la de su familiar. Valorar positivamente la situación puede ayudar a los cuidadores y cuidadoras a afrontar mejor las dificultades objetivas que ineludiblemente surgen en el desempeño de su rol. (Braithwaite, 1996;

Collins y Jones, 1997; Rapp y Chao, 2000 citado por Ribe, 2014; Acosta, 2014; Cánovas; 2014; Rojas: 2014)

Conclusiones

-Se aprecia una tendencia hacia la disminución en el bienestar psicológico de las sujetos estudiadas como consecuencias de las exigencias que les impone el ejercicio del cuidado, el cual constituye un elemento que afecta la dinámica psicológica de las cuidadoras expresándose esencialmente en :

El predominio de valoraciones de insatisfacción en todas las esferas de su vida, destacándose las limitaciones en el área personal asociadas a las afectaciones de su salud, distribución del tiempo y la no satisfacción de necesidades como las de esparcimiento y ocio y la disminución del vínculo social.

-Manifiestan una primacía de los estados emocionales negativos tanto habituales como recientes tales como la ansiedad, la preocupación, la frustración y la tristeza.

-Se constatan la existencia de factores psicosociales que pueden ser favorecedores del desarrollo del bienestar psicológico como la calidad del vínculo que establecen con los receptores del cuidado, la religión y la autovaloración adecuada y obstaculizadores como la no aceptación de la enfermedad de los receptores de sus cuidados y la las características de la misma. Además se evidenciaron otros factores que son tanto favorecedores como obstaculizadores del desarrollo del bienestar psicológico como son el motivo por el cual asumen las responsabilidades del cuidado, la identidad de género y el tiempo que llevan ejerciendo la labor del cuidado.

Recomendaciones

-Transmitir los resultados de la investigación a las instituciones de salud.

-Promover políticas que centren su atención en la salud y la ayuda material a los cuidadores y cuidadoras.

-Crear en las comunidades de todo el país un espacio destinado a las cuidadoras y cuidadores de personas con enfermedades crónicas con el objetivo de:

Propiciarles un apoyo formal, donde puedan expresar sus sentimientos, emociones y dudas en relación con la forma de enfrentar los problemas que conlleva el cuidado del enfermo y así evitar descargas de emociones negativas en ellos.

-Diseñar programas de intervención psicológica para cuidadores y cuidadoras orientados a potenciar factores favorecedores del desarrollo del bienestar psicológico tales como: la adecuada autovaloración, la capacidad de reestructuración del campo y el apoyo social.

Bibliografía

Abello, R., Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Díaz, D., & Arciniégas, T. (2008). Bienestar, autoestima, depresión y anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 16(2), 214-231.

Achury, D. M., Castaño, H. M., Gómez, L. A. & Guevara, N. M. (2011) Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 13 (1), 27-46

Acosta Guas, Mayte. (2014). Bienestar Psicológico Cuidadores/as de personas con Demencia tipo Alzheimer. Tesis para la obtención al título de Licenciado en Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

Acuña, S. & Bruschi, M (2013) Relación entre Síndrome de Burnout, Bienestar Psicológico Y Estrategias de Afrontamiento. Tesis de Pregrado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

Alfonso, T. (2011). Homosexualidad en Hombres: Una aproximación desde la Terapia Racional Emotiva Conductual. Tesis en Opción del Grado Científico de Máster en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

Almaguer Mederos, Laura A. (2012). Habilidades para el cuidado y estrés en cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos. San Cristóbal 2012. Tesis para la obtención al título de Licenciado en Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

Alonso, Y. (2007) Género y Poder: Un estudio de la Representación Social de la mujer dirigente, su rol en la Delegación Provincial del MININT. Trabajo de Diploma para Optar por la Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, Cuba.

Alonso, A. (2004). Psicodiagnóstico Clínico. La Habana: Editorial Félix Varela.

Andreu, L.; Moreno, C. & Julve, M. (2011) Características del cuidado familiar a pacientes dependientes en programa de hemodiálisis. *Revista Social Especializada de Enfermería y Nefrología*. 14 (1), 51-52

Arés, P. (2002). *Psicología de la Familia: Una aproximación a su estudio*. Editorial Félix Varela, La Habana.

Ballesteros, B. P., Medina, A y Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universo Psicológico*. 5 (2), 239-258.

Bardaji, V. C. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.

Barra, E. (2010). Bienestar psicológico y orientación de rol sexual en estudiantes universitarios. *Redalyc*, 28(1), 119-125.

Blanco, A, y Díaz, D. (2005). El bienestar social: Su concepto y mediación. *Psicothema*. 14 (4).

Bermejo C, Martínez M. (2005). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*. 11:1-12

Benatuil, D. (2000). El Bienestar Psicológico en Adolescentes desde una Perspectiva Cualitativa. *Psicodebate3. Psicología, Cultura Y Sociedad*, 43-58.

Cancio-Bello Ayes, C. (2014). *Identidad de género y proyectos futuros: su relación desde la perspectiva de género en mujeres jóvenes que ejercen la prostitución*. tesis para la opción al título en licenciado en psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

Cánovas Rodríguez, Amalia. (2014). Bienestar psicológico en cuidadores/as de personas con discapacidad físicomotora severa, desde la perspectiva de género. Tesis para la obtención al título de Licenciado en Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

Castro, A & Lupano, M.L. (2010) Psicología Positiva: Análisis desde su surgimiento. *Prensa Médica Latinoamericana*, 4 (1), 43-56.

Castro, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*. 66 (23,3), 43-72.

Castiello, M. S. (2001). Estrategias de apoyo para cuidadores informales. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 10(1), 5-6.

CEPDE & ONEI. (2014). *ESTUDIO SOBRE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL A PARTIR DEL CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDAS 2012*. La Habana.

Cepero, J. L. (2009). Diez referencias destacadas de : Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 49-55.

Crespo López, M. & López Martínez, J (2006). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa."Cómo mantener su bienestar"*.

Crespo, M. & López, J. (2008) Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias*, 35, octubre. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

Cristóbal Díaz, Jessica. (2013). "Conocimientos sobre la esquizofrenia y competencias para el manejo en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos." Tesis para la obtención al título de Licenciado en Psicología. Universidad de La Habana, Cuba

Claudia Consuelo Caycedo Espinel, B. P. (enero-abril de 2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychológica*, 7(1).

Cuadra, H & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, 12(001), 83-96.

Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Materiales de conferencia. Disponible en el Departamento de Psicología de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Materiales de conferencia. Disponible en el Departamento de Psicología de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

Díaz, A. B. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.

Domínguez Orozco, Maria.E. (2011). La investigación con cuidadores de personas dependientes: Revisión de Publicaciones en dos Revistas Españolas. *Revista Electrónica de Psicología Social*(22), p2-10.

Dueñas, I. (2014) Síntomas positivos y negativos y su posible asociación en el daño neurobiológico en pacientes con esquizofrenia. Paranoide. Febrero-Julio (2013). Tesis en opción a la Especialidad de Psiquiatría. Universidad de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.

Espín, A. M. (2010) Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Ciudad de la Habana. 2003 – 2009. Tesis presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

Espinoza, K. & Jofre, V. (2012) Sobrecarga, Apoyo social y Autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*. 18 (2), 23-30.

Fassler, C. (2009). Hacia un sistema nacional integrado de cuidados. *Género y Familia*.

Félix, A et al. (2012) Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados. Edición electrónica*. 16(33) Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>

Fernández, M. P.; Pérez, M. A. & González, H. (2013) Efecto del flujo y el afecto positivo en el bienestar psicológico. *Boletín de Psicología*. 107(5), 71-90.

Figuroa, Y. (2011) Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali. *Revista Chilena de Salud Pública*. 15 (2), 83-89.

García Romero, F. C. (2011). *Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología. Universidad Ramón Llull, Barcelona.

Gancedo, M. (2009). Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*(9).

Gil, C.P. (2010) Y al cuidador ¿Quién lo cuida? *Revista Universitaria Científica*. Julio-diciembre, 28-31.

Gómez, Diego; Vázquez Carmelo; Hervás Gonzalo & Rahona José. (2009). Bienestar Psicológico y Salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 15-28.

Hervás, G. (2009). Psicología Positiva: una introducción. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*(66), 23-41.

Hernández-Sampieri, R. et al. (2010). Metodología de la Investigación. V Edición. México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A.

Jade Ortiz, N. R. (2003). Optimismo y Salud: Estado Actual e Implicaciones para la Psicología Clínica y de la Salud. *Suma Psicológica*, 10(1).

Jean David Polo, A. D. (Agosto de 2008). Vivencia de bienestar psicológico de profesionales acompañantes de procesos de integración social en Barranquilla. *Psicología desde el Caribe*(22), 25-36.

Julve, M. (2005) Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. Universidad de Valencia, España. Documento digital

Lagarde, M. (2003) Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción.

Recuperado de:

http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf

Lazcano, C. L. (2008) La expresión de la identidad de género en la personalidad neurótica. Un estudio en mujeres diagnosticadas con Trastorno Ansioso- Depresivo. Tesis presentada en opción al título académico de máster en estudios de Género. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

López, A. C. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12(1), 87-92.

Lozano, J. A. (2002). *Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia*. Obtenido de <http://www.doymafarma.com>.

Lucero, M. C. (2005). Preocupaciones Vitales en Estudiantes Universitarios Relacionado con Bienestar Psicológico y Modalidades de Afrontamiento. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.*, 6(012), 143-153.

Marcela, D.; Castaño, H.M.; Gómez, L. A. & Guevara, N, M. (2011) Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 13 (1), 27-46.

Mariñelarena-Dondena. (2008). Psicología positiva y modelos integrativos en psicoterapia. *Fundamentos en Humanidades*, 9(2), 55-69.

Martínez, A.; Nadal, S.; Beperet, M.; Mendióroz, P. & Grupo Psicost (2000) Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales*. 23 (1), 101-110.

Manuel Jiménez, P. M. (2008). Bienestar Psicológico y Hábitos Saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicios físicos? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(001), 185-202.

Maza Igual, Beatriz. (2013). Realidad del Cuidador Informal: una visión dirigida hacia el cuidador Informal del enfermo en situación terminal. Trabajo Fin de Grado. Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria.

Mejía Ceballos, J. C., Laca Arocena, F. A., & Gondra Rezola, J. M. (2009). Factores de personalidad, afectivos y sociodemográficos en la predicción del bienestar Laboral de Docentes. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 19(1), 121-131.

Miguel Ángel Mañas, C. S. (2007). La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*, 19(3), 395-400.

Montalvo, A. Flórez, I. & Inna, E. (2008) Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Un estudio comparativo. *Salud Uninorte*. 24(2), 181-190. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81722404>

Moreno, J. A. (2008) Evidencia de las intervenciones psicosociales en el manejo del estrés del cuidador de pacientes con demencia. *Tesis Psicológica*. 3, 124-137. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139012667012>.

Moreno, M. E., Náder, A & López de Mesa, C. (2004) Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances en enfermería*. 22(1) enero-junio.

Novoa Gómez. (2010). Relación entre bienestar psicológico y calidad de vida en pacientes con tratamiento para el cáncer de tiroides con condición postquirúrgica. *Terapia Psicológica*, 28(1), 69-84.

Novoa Gómez, M. M., Caycedo, C., Aguillón, M., & Suárez Álvarez, R. A. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 4(10), 177-192.

Núñez, J., León, J.; González, V. & Martín-Albo, J. (2011) Propuesta de un modelo explicativo del bienestar psicológico en el contexto deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*. 20(1), 223-242.

Oliver, A., García-Layunta, M. & Tomás, J. M. (2006) Modelo estructural para evaluar los predictores del bienestar psicológico en trabajadores del sector sanitario. *Archivo Preventivo de Riesgos Laborales*. 9 (2), 61-66.

Oramas Viera, A., Santana López, S., & Vergara Barrenechea, A. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*.

Perugini, M. L. (2010). Psicología Positiva: Análisis desde su surgimiento. *Prensa Médica Latinoamericana*, 4(1), págs. 43-56.

Pita Alcorta, C. (2011). Estado mental y respuesta cerebral evocada a estímulos visuales en pacientes esquizofrénicos. Trabajo para optar por el grado de Máster en Psicología Clínica. Universidad de La Habana. Cuba.

Polo, J. D., De Castro, A., & Amarís, M. (julio-diciembre de 2008). Vivencia de bienestar psicológico de profesionales acompañantes de procesos de integración social en Barranquilla (Colombia). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*(22), 25-36.

Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Materiales de conferencia. Disponible en el Departamento de Psicología de la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

Remedios González Barrón, I. M. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.

Rivera H; Dávila, R. & González, A. (2011) Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. *Revista Especializada Médica Quirúrgica*. 16(1) ,27-32.

Ribé Buitrón, José M. (2014). EL Cuidador Principal del Paciente con Esquizofrenia: Calidad de vida, carga del cuidador, apoyo social y profesional. Tesis para la opción del título de Doctor en Ciencia.

Ríos, F. (2009). Una revisión crítica de la historia y situación actual de la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 7-13.

Roca, M. A. (2014). Psicología Positiva...o una mirada positiva de la Psicología. *Alternativas en Psicología*, 2(6).

Rodríguez-Fernández, A. & Goñi-Grandmontagne, A. (2011) La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología. Edición digital*. 27 (2), 327-332. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps>

Rojas Vera, Ernesto. (2014). Las personas que cuidan: una caracterización de bienestar psicológico en cuidadores de pacientes con cáncer. Tesis en Opción del Grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de La Habana, Cuba.

Salas, J. B. (2009). BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES, SU RELACIÓN. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 25-31.

Steele H. (2010) "Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009". Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado de la Especialidad de Psiquiatría para optar por el grado de especialista. Sistema de Estudios de Posgrado de Psiquiatría, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. San José, Costa Rica. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecasbh/textotesis20.pdf>

Victoria C. R. & González I. (2000) La categoría Bienestar Psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 16(6), 586-92.

Vázquez, C. (enero-abril de 2006). La Psicología Positiva En Perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(001), 1-2.

Vergel2, E. D. (2012). Recuperación diaria y bienestar: una visión general. *Psicothema*, 24(1), 73-78.

Victoria García-Viniegras, C. R. (2004). *Construcción y validación de una técnica para evaluar Bienestar Psicológico*. Tesis Doctoral, Facultad Miguel Enríquez. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana.

Victoria García-Viniegras, C. R., & González Benítez, I. (2000). La categoría Bienestar Psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral* (16(6):586-92).

Victoria García-Viniegras, C. R., & González Blanco, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*.

Virginia A. Menezes de Lucena Carvalho, B. F. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.

Vielma, J. & Alonso, L. (2010) El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *EDUCERE*. 14(49), 265 – 275.

Virgilí, D. (2009) *Empresarias detrás de su imagen. Estudio de identidades genérico profesionales en directivas de empresa*. Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. Cuba.

Virgilí, D. (2012) *Género y trabajo remunerado. Experiencia grupal de Investigación-acción con mujeres y hombres dirigentes del Ministerio del Transporte*. Tesis en opción del Título de Máster en Psicología Educativa. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, Cuba.

Yin, R.K. (2010) *Case Study Research. Design and Methods*. (4ª ed.) Sage Editors.



ANEXOS

Anexos

Anexo 1: Planilla de Consentimiento Informado

Por este medio, haciendo constar mi libre poder de elección y mi voluntariedad, doy mi consentimiento para participar en la investigación que realiza, a propósito de su Tesis de Licenciatura, la estudiante de Psicología Mónica de la Caridad Lussón Castillo, cuyo tema central es la caracterización del Bienestar Psicológico de los cuidadores/as de personas con Esquizofrenia.

El presente documento de consentimiento informado, entregado por la investigadora, es parte del protocolo de esta investigación. Por medio del mismo se me ha explicado que la información que suministre tendrá un carácter confidencial, por lo cual no será revelada mi identidad.

Por lo antes expuesto y a través de la firma de este documento doy mi consentimiento por escrito para participar en esta investigación y divulgar los resultados obtenidos en los espacios académicos.

Firma de la investigadora

Firma del participante

Anexo 2: Guía de Observación

- Presencia y aspecto físico.
- Manifestaciones conductuales.
- Reacciones afectivas y emocionales
- Expresiones verbales
- Tono e intensidad de la voz
- Expresiones faciales
- Gestos y posturas durante el proceso de entrevista
- Conductas asociadas a algún evento específico.
- Presencia de cansancio físico demostrado en la voz, la forma de caminar o sentarse, etc.
- Relación persona receptora de cuidados-cuidador/a
- Comunicación entre persona receptora de cuidados-cuidador/a
- Expresiones de satisfacción/insatisfacción.
- Expresiones y acciones muestras de compromiso, responsabilidad hacia la persona receptora, su cuidado, entretenimiento, comunicación etc.
- Indicadores de cansancio físico y emocional.

Anexo 3: Cuestionario de caracterización del cuidador

Datos del paciente

1- Nombre y Apellidos _____

2- Edad _____

3- Tipo de Cáncer _____

4- Estadio de la enfermedad _____

Datos del cuidador

1- Nombre y Apellidos _____

2- Edad _____

3- Sexo _____

4- Color de la Piel _____

5- Estado Civil

Casada(o)

Soltera(o)

Viuda(o)

7- Ocupación

Trabajador(a)

Jubilada(o)

Ama de Casa

9- Parentesco con el paciente

Hija(o)

Cónyuge

Nieta(o)

Hermana(o)

Otros

¿Cuál? _____

6- Escolaridad

Primaria

Media

Media Superior

Universitaria

8- Tiempo que lleva cuidando al enfermo

Menos de un año

De 1 a 4 años

5 años o más

10- Considera el conocimiento que Ud. tiene de la enfermedad:

Suficiente

Insuficiente

Nulo

11- Cómo cataloga sus relaciones
interpersonales con el paciente
antes de padecer la enfermedad

- Buenas
- Regulares
- Malas

12- Considera que su estado de
salud actual es:

- Bueno
- Regular
- Malo

13- ¿Cuántas horas del día usted le dedica al cuidado del paciente?

14- ¿Cómo califica usted que son los ingresos económicos de los que dispone?

- Altos
- Medios
- Bajo

Anexo 4: Cuestionario de caracterización del cuidador

Ana Margarita Espín Andrade

Estimado cuidador:

A continuación deberá responder algunas preguntas con respecto al enfermo que usted cuida, y de algunos aspectos relacionados con el cuidado del mismo. Le pedimos sea lo más sincero posible. Gracias.

Datos del paciente

1.- Nombre y Apellidos: _____

2.- Edad: _____

3.- Dirección: _____ Telf.: _____

4.- Sexo: M ___ F ___

Datos del cuidador

1.- Nombre y Apellidos: _____

2.- Edad: _____

3.- Dirección: _____ Telf.: _____

4.- Sexo: M ___ F ___

5.- Estado conyugal:

___ Casado ___ Soltero ___ Viudo

6.- Nivel educacional

___ Primaria ___ Media ___ Preuniversitario ___ Universitario

7.- Vínculo laboral

___ Trabaja en casa ___ Trabaja fuera de casa ___ No trabaja

8- ¿Usted convive con el familiar que cuida?

___ Sí ___ No

8.- ¿Qué tiempo hace que cuida al enfermo?

___ Menos de 1 año ___ de 1 a 4 años ___ 5 años o más

9- ¿Con qué frecuencia usted cuida al paciente?

___ Todo el tiempo

___ Algunos días ___ Ocasionalmente

10- ¿Tiene algún parentesco con el paciente?

___ Hijo ___ Cónyuge ___ Nieto ___ Hermano ___ Otros ___ Ninguno

11-¿Tiene bajo su cuidado a otras personas enfermas además del paciente?

Sí No

12- ¿Por qué motivos usted cuida al paciente? (marque sólo uno)

Por lazos afectivos

Porque no hay más nadie que lo cuide

Por la casa u otro interés económico

Porque es mi deber

Para quedar bien conmigo mismo

13- ¿Recibe ayuda de algún tipo para cuidar a su familiar?

Sí No

14-¿Tiene alguna información acerca de la enfermedad que sufre su paciente?

Sí No

15- ¿Cómo cataloga su situación económica actual?

Buena Regular Mala

16-¿Ud. padece de alguna afección desde los últimos 6 meses? (Puede marcar varios)

Problemas óseos o musculares

Problemas cardíacos

Dolores de cabeza

Tensión arterial alta

Problemas nerviosos

Otra _____

17- ¿Alguna vez había cuidado a un enfermo crónico?

Sí No

18- ¿Qué hace para enfrentar los problemas relacionados con el cuidado del paciente?

(Puede marcar varios)

Busco ayuda de familiares y amigos Busco información acerca de la enfermedad y su manejo

Busco atención médica

Busco a otras personas que también lo cuiden

Trato de relajarme y pensar en la mejor solución

Trato de realizar alguna actividad que me despeje

Organizo bien el tiempo

Otra _____

19- ¿Ha recibido antes algún tipo de atención por parte de los servicios de salud?

(Puede marcar varios)

Atención médica al paciente

Información acerca de la enfermedad

Orientaciones a los cuidadores

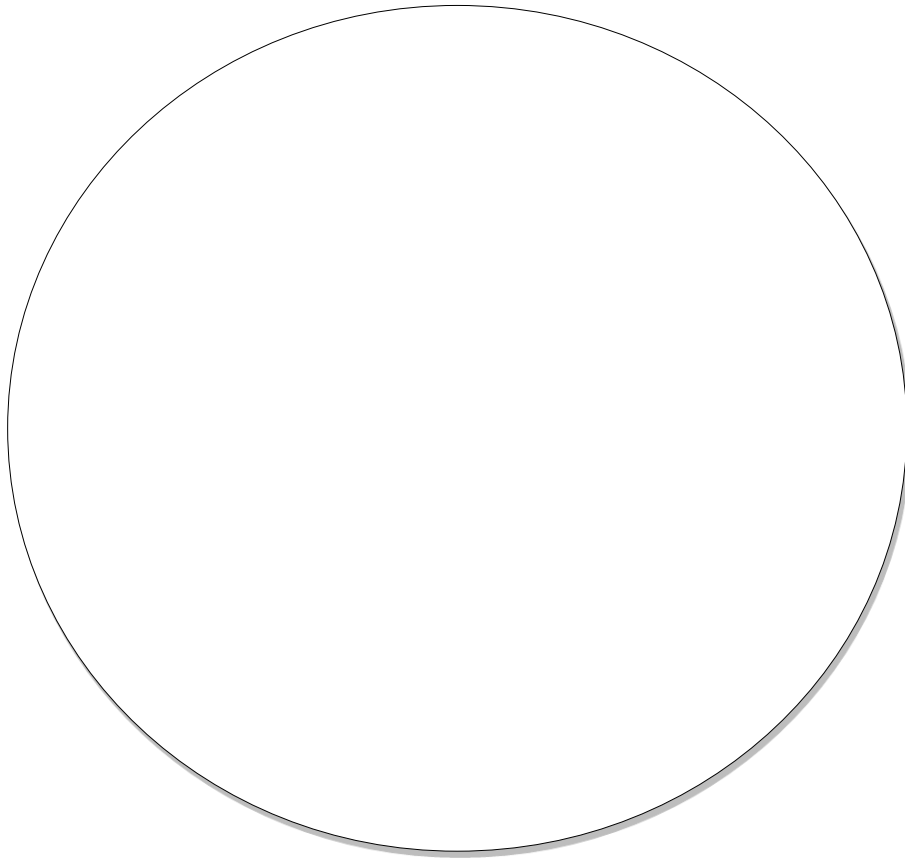
Apoyo emocional a los cuidadores

No he recibido ninguna atención

Anexo 5: El Pastel del Tiempo

Objetivo: Explorar la planificación y distribución del tiempo realizada por los sujetos.

Consigna: A continuación Ud. podrá observar el boceto de una circunferencia que imaginaremos que se trata de un pastel. Ud. debe dividir este pastel en varios trozos en función de todas las actividades que realiza en su día, variando el tamaño de los trozos según el tiempo dedicado a cada tarea.



Anexo 6: Asociación libre de palabras

Objetivo: Permite obtener de manera indirecta y breve, a través de las respuestas rápidas de los sujetos ante la palabra propuesta, sus valoraciones y asociaciones directas con el contenido. Esto permite obtener información relevante, y comparar y corroborar información obtenida mediante otras técnicas.

Instrucciones: A continuación le voy a mencionar una serie de palabras, quiero que responda lo primero que le venga a la mente cuando las escuche. Puede responder con otra palabra o una frase, intente hacerlo en el menor tiempo posible.

Las palabras son:

Cuidado

Sexo

Identidad

Género

Bienestar

Familia

Pareja

Futuro

Esquizofrenia

Cuidador/a

Enfermedad

Salud

Mujer

Hombre

Satisfacción

Felicidad

Anexo 7: 10 Deseos

Objetivo: Explorar la jerarquía motivacional de los sujetos, sus principales aspiraciones, necesidades, y carencias.

Consigna: Por orden de prioridad refiera los 10 deseos más importantes de su vida.

Deseo _____

Deseo _____

Deseo _____

Deseo _____

Deseo _____

Deseo _____

Deseo _____

Deseo _____

Deseo _____

Deseo _____

Anexo 8: La Curva del Bienestar Psicológico

Consigna: Piense en su bienestar psicológico e intente volcarlo en una curva cuya parte superior indicará aquellos momentos de mayor logro, satisfacción, alegría y realización; y la parte inferior los momentos de frustración, tristeza y conflictos. El eje vertical indicará el valor del logro, mientras más elevado mayor satisfacción; el eje horizontal indicará los años o etapas de su vida de izquierda a derecha.



Anexo 9: Cuestionario de Bienestar Psicológico CAVIAR

Carmen Regina Victoria

Parte 1. Escalas de Satisfacción

Sección 1. A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre la valoración que las personas hacemos sobre nuestras vidas. Al leer cada proposición conteste de forma espontánea y sincera. No es necesario que piense demasiado su respuesta. Al leer una frase, decida si Ud. está en total desacuerdo, relativamente en desacuerdo, medianamente de acuerdo, relativamente de acuerdo o en total acuerdo.

SATISFACCIÓN GENERAL	Total desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Relativamente de acuerdo	Total acuerdo
1. Todo me parece interesante.					
2. He visto cumplidos mis deseos más importantes.					
3. Tengo buena suerte.					
4. Se me han abierto muchas puertas en mi vida.					
5. Puedo olvidar sucesos pasados desagradables.					
6. Disfruto de la vida.					
7. Siento que todo me va bien.					
8. Tengo una vida tranquila.					

9. Tengo confianza en el futuro					
SATISFACCION MATERIAL.	Total desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Relativamente de acuerdo	Total acuerdo
10. Tengo lo necesario para vivir.					
11. Creo que tengo una vida material asegurada.					
12. Mi situación económica es próspera.					
13. Tengo garantizado mi futuro económico					

SATISFACCION LABORAL	Total desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Relativamente de acuerdo	Total acuerdo
14. Mi trabajo me agrada.					
15. Mi trabajo da sentido a mi vida.					
16. Mi trabajo es variado.					
17. Mi trabajo me permite independenciam económica.					
18. Estoy satisfecho(a) con mi salario.					

SATISFACCION PERSONAL-SOCIAL	Total desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Relativamente de acuerdo	Total acuerdo
19. Me creo útil y necesario(a) para la gente.					
20. Creo que valgo tanto como cualquier otra persona.					
21. Tengo buenas relaciones con las demás personas.					
22. Tengo confianza en mí mismo(a).					
23. Estoy contento(a) con mi forma de ser.					
24. Tengo las condiciones físicas que deseo.					
25. Tengo buena salud.					
SATISFACCION SEXUAL Y DE PAREJA	Total desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Relativamente de acuerdo	Total acuerdo
26. Disfruto el deseo sexual de mi pareja.					
27. Me siento feliz con mi pareja.					
28. Expreso mi deseo sexual a mi pareja.					
29. Cuento con el apoyo de mi pareja para resolver					

problemas personales.					
30. Me siento querido(a) por mi pareja.					
SATISFACCION FAMILIAR	Total desacuerdo	Relativamente en desacuerdo	Medianamente de acuerdo	Relativamente de acuerdo	Total acuerdo
31. Me siento feliz en mi hogar.					
32. Mi familia acepta y sobrelleva mis defectos.					
33. Mi familia me brinda seguridad y apoyo para resolver mis problemas.					
34. En mi casa, se reparten las responsabilidades y tareas domésticas.					
35. Puedo conversar con mi familia sobre diversos temas sin temor.					
36. Mi familia respeta mis intereses y necesidades.					
37. Mi familia es cariñosa.					
38. En el hogar me siento útil y necesario(a) para los demás.					

39. Me siento comprendido (a) por mi familia.					
---	--	--	--	--	--

Sección 2. Ahora, por favor, vuelva a leer rápidamente las proposiciones anteriores. Dentro de cada una de las sub-escalas (satisfacción general, material, laboral, personal, sexual y familiar) seleccione el aspecto que resulte más importante para Ud. con relación a su bienestar. Indíquelo encerrando en un círculo el número que corresponde al mismo.

Sección 3. Marque con una X la importancia que Ud. le concede a cada área, aun cuando, en su caso, no haya contestado alguna de ellas.

	Muy importante	Importante	Medianamente importante	Poco importante	Sin importancia
Material					
Laboral					
Personal					
Sexual y de relación de pareja					
Familiar					

Parte 2. Escala de Afectos

A continuación encontrará algunas palabras que definen sentimientos, emociones o estados afectivos.

Sección 1. Diga la frecuencia con que Ud. se siente así habitualmente.

	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Agradecido					
2. Alegre/regocijado					
3. Aliviado/consolado					
4. Amado					
5. Ansioso					

6. Celoso					
7. Confiado/seguro					
8. Contento/complacido					
9. Desamparado					
10. Disgustado					
11. Esperanzado					
12. Feliz					
13. Frustrado/ decepcionado					
14. Impaciente/ anhelante					
15. Irritado					
16. Preocupado					
17. Temeroso					
18. Triste					

Sección 2. Diga con qué intensidad se ha sentido así en las últimas semanas

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Muchísimo
1. Alegre/regocijado					
2. Aliviado/consolidado					
3. Amado					
4. Ansioso					
5. Celoso					
6. Confiado/seguro					
7. Contento/complacido					
8. Desamparado					
9. Disgustado					
10. Esperanzado					
11. Extasiado					
12. Feliz					
13. Frustrado/decepcionado					
14. Impaciente/anhelante					
15. Irritado					
16. Orgullosa					
17. Preocupado					
18. Temeroso					
19. Triste					

Anexo 10: Cuestionario de las Esferas de Vida.

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de las esferas de mayor interés y relevancia de los/as sujetos, y en cuales muestran mayor bienestar, satisfacción, afectos positivos, etc.

Instrucciones: Se le pide los/as sujetos que dibujen en una hoja todas las esferas de su vida mediante símbolos que reflejen lo que significan para ellos/as.

A continuación se le pedirá que añadan símbolos al dibujo como respuesta a las siguientes consignas:

- Encerrar las esferas en círculos de diferente tamaño de acuerdo al grado de importancia que le atribuyen a cada una de estas esferas.
- Relacionar las esferas entre sí.
- Escribir palabras que identifiquen su sentir en cada una de esas esferas.
- Señalar en qué esfera se sienten más realizados/as.
- Señalar en cuál esfera se sienten menos realizados/as.
- Escribir cuál es la razón fundamental que moviliza su desempeño en esa esfera de vida.

Anexo 11: Entrevista inicial

Objetivo: Caracterización sociodemográfica de los cuidadores, y de aspectos generales relacionados con el paciente y los cuidados del mismo.

- Datos del Familiar con Demencia tipo Alzheimer:
 - Pseudónimo
 - Edad
 - Sexo
 - Color de la piel
 - Domicilio
 - Estadio de la enfermedad
 - Años de diagnosticada
 - Validismo (Principales afectaciones a causa de la enfermedad, dificultades o limitaciones, etc.)
- Datos del Cuidador:
 - Pseudónimo
 - Edad
 - Sexo
 - Color de la piel
 - Domicilio
 - Estado civil
 - Nivel educacional
 - Ocupación actual
 - Profesión
 - Religión
 - Hábitos tóxicos
 - Personas con las que convive
 - Parentesco con el familiar enfermo
 - Convivencia con el familiar enfermo
 - Tiempo de cuidar al familiar enfermo

- Frecuencia con la que se cuida al familiar enfermo
- Motivos por los que se asume el cuidado
- Experiencias previas en cuidados
- Conocimiento acerca de la Demencia tipo Alzheimer (consideraciones acerca de los conocimientos que tiene sobre esta enfermedad y los cuidados que conlleva. Necesidad percibida de mayor conocimiento)
- Percepción de ayuda o apoyo recibido (en las labores de cuidados y domésticas) (familiar, de las instituciones de salud, amigos, otras redes de apoyo)

Guía para la entrevista:

Principales actividades que realiza para el cuidado de esta persona.

Descripción de la distribución de su tiempo semanal (esquema, gráfico, tabla).

Percepción de apoyo social y familiar para cuestiones relacionadas con el manejo de las tensiones y presiones producto de la propia actividad de cuidado.

Necesidades sentidas por el cuidador/a.

Sentido psicológico de la labor de cuidado, y sentido psicológico de lo que significa ser cuidador.

Influencia de ser mujer u hombre para la labor de cuidado.

Habilidades personales para el cuidado.

Percepción de reconocimiento social por su labor de cuidado.

Percepción de su situación económica.

Consideraciones acerca del estado de salud personal actual (principales afecciones físicas y/o psicológicas a causa de la labor del cuidado).

Exploración del significado de Bienestar Psicológico de manera general y percepción de bienestar en sí mismo/a.

Anexo 12: Guía para entrevistas a profundidad:

Objetivo: Caracterizar las expresiones de bienestar en los cuidadores y cuidadoras, en cada una de las áreas significativas de su vida y principales esferas de actuación. Cada esfera se abordará en un encuentro diferente. Se le pide al sujeto que sea lo más sincero posible al tratar cada una de los tópicos, aclarándole la confidencialidad de la información.

Cuestiones generales a explorar en todas las áreas de vida del/a cuidador/a:

Exploración del significado de Bienestar Psicológico de manera general, qué es, de qué depende, qué lo integra, dónde se expresa, etc.

Exploración de la situación actual del bienestar psicológico.

Exploración del impacto de su situación actual como cuidadora en el Bienestar Psicológico de forma general.

Exploración del impacto de su situación actual en cada una de las esferas de vida.

Exploración de la identidad de género a partir de la forma en que son asumidos y asignados los roles en la condición de cuidador/a y la repercusión que esto tiene en el bienestar psicológico.

Exploración de posibles alternativas, acciones concretas, realistas, o proyectos ideales realizables que puedan contribuir a afrontar las condiciones actuales de manera positiva.

Área familiar:

Estructura de la familia y características de la dinámica familiar.

Conflictos familiares. Modos de solución.

Experiencias de la infancia y la adolescencia.

Experiencias positivas y negativas en el ámbito familiar.

Principales actividades que se realizaban en el núcleo familiar (distribución de roles).

Distribución de las labores domésticas en el hogar. Satisfacciones e insatisfacciones.

Lugar que ocupa entre los miembros de la familia.

Recuerdos significativos de su historia de vida.

Actitudes de los padres respecto a los cuidados.

Valoración de la educación recibida (en cuanto a las concepciones sobre lo masculino y lo femenino, ser mujer y ser hombre)

Antecedentes en la familia de enfermedades o necesidades de cuidado de algunos de sus miembros.

Principales vivencias en la historia familiar relacionadas con los cuidados y el rol de cuidador/a.

Antecedentes del rol de cuidador/a en la familia (quién lo asumió).

Recuerdos y sentimientos sobre esta situación.

Principales responsabilidades dentro de la familia.

Proyectos familiares futuros.

Apoyo que percibe de su familia en cuanto al cuidado a la persona discapacitada y a las labores domésticas.

Satisfacciones o insatisfacciones en el área familiar.

Tiempo dedicado a recrearse o interactuar con la familia.

Satisfacción con la distribución económica en el hogar.

Área laboral-profesional:

Nivel de escolaridad

Valoración del desempeño académico. Afrontamiento de éxitos y fracasos.

Conflictos y modos de solución.

Características del proceso de elección de la profesión.

Motivación profesional.

Niveles de satisfacción con la profesión.

Necesidades de superación.

Valoración afectiva de la profesión

Tiempo dedicado a la profesión.

Satisfacciones e insatisfacciones con la dinámica de su centro laboral.

Satisfacción o insatisfacción con su ocupación actual.

Tiempo dedicado a la profesión o a la autosuperación.

Valoraciones acerca de la remuneración

Área de pareja y sexual:

Historia de relaciones de pareja

Vivencias en la conformación de su identidad sexual.

Valoraciones en relación a su identidad genérica.

Vivencias de sus relaciones sexuales.

Valoraciones de sus relaciones de pareja.

Estabilidad o inestabilidad en esta área.

Satisfacciones e insatisfacciones con la vida de pareja.

Satisfacción sexual.

Dinámica de la relación de pareja actual

Principales necesidades en esta área.

Ideales de pareja.

Conflictos más frecuentes en esta área. Modos de solución.

Proyectos futuros en esta área.

Tiempo dedicado a compartir con la pareja.

Valoración afectiva de esta área. Emociones y sentimientos vivenciados en la relación.

Aceptación y asunción de roles de género en la relación de pareja.

Apoyo recibido por la pareja.

Responsabilidades asumidas en la relación de pareja.

Área personal:

Proyectos más importantes

Motivaciones esenciales.

Valoración de logros y fracasos.

Satisfacciones e insatisfacciones consigo mismo o los otros.

Concepciones de lo masculino o femenino. Estereotipos, creencias sobre los roles de género.

Sentido de la vida.

Autovaloración.

Valoraciones de sus relaciones interpersonales. Principales características.

Valoraciones sobre los cuidadores

Concepciones sobre las condiciones físicas y psicológicas que debe tener un cuidador/a.

Características que considera debe tener un cuidador/a

Características que percibe en sí misma que corresponden con las del cuidador/a

Emociones que siente de manera más habitual, características de sí mismo/a.

Emociones recientes no comunes o características en su persona.

Historia y antecedentes del rol de cuidador/a asumido.

Autorreflexiones hechas sobre su situación actual y sobre el rol que asume. Actitudes asumidas hacia esto.

Principales cuestiones relacionadas con la asunción del cuidado

Satisfacción con las condiciones materiales de vida y para el cuidado

Utilización del tiempo libre

Área de las relaciones interpersonales:

Relaciones con los otros de manera general. Modos de relacionarse.

Experiencias positivas y negativas con los otros.

Concepciones en relación a la amistad

Preferencias para elegir a los amigos.

Necesidades esenciales en estas relaciones.

Estrategias de afrontamiento ante conflictos en esta esfera.

Valoración general de la importancia de esta esfera para el bienestar del sujeto.

Valoración afectiva de esta área

Satisfacciones e insatisfacciones principales en esta área.

Vínculo afectivo con el receptor de cuidados. Caracterización de la relación entre ellos.

Apoyo recibido a raíz de las relaciones interpersonales

Tiempo para socializar y compartir con las personas allegadas

Inserción a grupos

Valoración general de la importancia de esta esfera para el bienestar

Sobre el ejercicio del Cuidado:

Complejidad del ejercicio del cuidado

Satisfacciones e insatisfacciones asociadas al ejercicio del cuidado

Sentimientos que genera el ejercicio del cuidado (positivo, negativo, ambivalente o contradictorio)

Calidad del vínculo afectivo que se posee hacia el familiar enfermo

Valoraciones acerca del apoyo de los otros para realizar las tareas que exige el ejercicio del cuidado

Quehaceres diarios como cuidador

Tareas más trabajosas. En qué consisten las mismas

Tareas más gratificantes. En qué consisten las mismas

Delegación de la responsabilidad en otra persona o en alguna institución

Valoraciones acerca de la calidad del cuidado ofrecido

Repercusiones del ejercicio del cuidado en la planificación del tiempo

Repercusiones del ejercicio del cuidado en la salud personal

Repercusiones del ejercicio del cuidado en el tiempo libre

Principales ganancias y pérdidas generadas por el ejercicio del cuidado

Suficiencia o insuficiencia de los recursos económicos para cubrir las exigencias del ejercicio del cuidado

Anexo 13: Diseño de las sesiones de los grupos de enfoque

Sesión no 1

Objetivos:

Realizar un encuadre de trabajo con el grupo.

Obtener información sobre el ejercicio del cuidado de personas con esquizofrenia.

Validar los resultados arrojados en los estudios de casos.

Presentación

Se emplea la técnica de presentación “Completar frases” que consiste en que cada participante tendrá en su asiento una parte de un refrán que será completado por otro participante. Una vez creadas las parejas por el refrán estas tendrán que presentarse una a la otra diciendo su nombre , edad, parentesco con la persona que cuida y las particularidades de la enfermedad que posee, los años que lleva ejerciendo el papel de cuidadoras y las expectativas que poseen respecto al espacio.

Encuadre

Se ajustan las expectativas referidas a través de la presentación del objetivo, alcance y necesidad de la sesión. Se acordarán los horarios, números de las sesiones, fecha, lugar de trabajo, normas y el beneficio de las mismas.

Desarrollo

Se orienta a las sujetos que elaboren un dibujo individual donde reflejen el significado que tiene para ellas ser cuidadoras. Se aclara que el dibujo es libre.

Luego se les sugiere que expliquen al resto del grupo que quisieron expresar con el dibujo.

Concluidas las explicaciones individuales se realiza un debate en relación a las siguientes interrogantes:

¿Qué significados comunes se encuentran en los dibujos y en las explicaciones?

¿Cuáles son los significados diferentes?

¿Existen características que las tipifique y diferencien del resto de las personas?

Si hubiera que elaborar un slogan del grupo ¿Cómo sería?

Después se les entrega un fragmento de un texto que deben leer siguiendo el número que posee la hoja.

Luego de la lectura se le sugieren las siguientes preguntas a las sujetos:

¿Qué sintieron cuando leyeron y escucharon el texto?

¿Qué emociones pueden reconocer que les haya evocado el texto?

¿Cuánto de su vida cotidiana observaron reflejadas en el texto?

¿Con qué situación del texto se identificaron más?

¿Qué características tiene la mujer cuidadora en la Cuba de hoy?

¿Cómo influye el ser hombre o mujer en el hecho de asumir ejercer la labor de cuidar a un familiar dependiente?

¿Quiénes cuidan más los hombres o las mujeres? ¿Por qué?

¿Qué implicaciones tiene para ustedes como mujeres de esta sociedad ser cuidadoras?

¿Estas condiciones podrían ser diferentes? ¿Qué cambiar? ¿Cómo cambiarlas?

¿Qué posibilidades y oportunidades para el cambio ustedes visualizan? Tomando como referencia tres niveles de análisis: individual, comunitario y macrosocial (en términos de políticas)

Cierre

Se les sugiere a las sujetos:

Consigna: “Construyan un mensaje para la mujer cuidadora del texto leído”

Sesión no 2

Objetivo:

Validar los resultados obtenidos en los estudios de casos.

Caldeamiento

Se realizará un ejercicio de relajación: se orienta levantar los brazos y estirarlos hacia arriba como si fueran a alcanzar el techo de la habitación. Luego bajar los brazos hacia adelante. Después hacia los lados y bajar suavemente las manos sintiendo como estas bajan expulsando toda la carga pesada.

Desarrollo

Se orienta realizar un dibujo donde reflejen su bienestar psicológico antes de ser cuidadora y después de asumir este rol.

Luego deben expresar mediante un gesto y un sonido lo que quisieron expresar en el dibujo.

Después se realiza un debate relacionado con las siguientes preguntas:

¿Es posible encontrar algo positivo para el cuidador con el acto de cuidar?

¿Qué satisfacciones vivencian? ¿Están relacionadas con la labor del cuidado o con otros aspectos de sus vidas?

¿Qué insatisfacciones vivencian? ¿Están relacionadas con la labor del cuidado o con otros aspectos de sus vidas?

¿Cómo afecta la labor de cuidar a una persona con esquizofrenia al bienestar psicológico de los que asumen este ejercicio?

¿Qué sentimientos tanto positivos como negativos acompañan el desempeño del ejercicio del cuidado?

Cierre

Se les pide a las sujetos que se regalen algo entre ellas, un regalo simbólico que les sirva para seguir cuidando a sus familiares enfermos.

Anexo 14: Análisis Dinámicos de los Estudios de Caso.

Caso I: Sujeto 1(S1)

Información general:

Mujer de 52 años de edad, color de piel mestiza, estado civil casada, posee un nivel de escolaridad de técnico medio y trabaja como asistente estomatológica en una clínica dental. Convive con su esposo e hijo, este último es el receptor de sus cuidados. Ejerce el rol de cuidadora desde hace más de 5 años, en los horarios extralaborales. Considera que su conocimiento sobre la Esquizofrenia es suficiente. Califica su estado de salud actual como bueno y sus ingresos económicos como medios. Percibe que es apoyada para la realización de las tareas del cuidado.

Su hijo es un hombre de 29 años de edad, diagnosticado con Esquizofrenia hace 6 años, actualmente está compensado y ha logrado insertarse en la sociedad; trabaja como profesor de ajedrez en una escuela. Posee relaciones de pareja sin estabilidad. Parcialmente tiene entrenamiento en las habilidades de la vida diaria.

Análisis Dinámico:

La labor del cuidado es desempeñada por un compromiso moral sustentado en un vínculo afectivo positivo hacia el enfermo y por concepciones de género respecto a los roles y deberes que le son asignados a las mujeres: el rol de ser madre y el deber de cuidar siempre a sus hijos. Aunque expresa que el ejercicio del cuidado no tiene distinción por sexo, presenta juicios valorativos que contradicen este planteamiento, el cual puede estar constituyendo una frase cliché característica de los tiempos actuales donde se aboga por la equidad de derechos y deberes entre hombres y mujeres, pues durante todo el proceso investigativo reflejó mediante su discurso y las acciones que realiza en su vida cotidiana presupuestos tradicionales de lo que significa ser mujer y ser hombre. Concepción que puede estar influenciada por la educación que recibió de sus padres, los cuales reprodujeron un modelo patriarcal. Se aprecia una naturalización de las prescripciones del género, elementos que integran su identidad y son movilizados de su comportamiento, al respecto plantea: "(...) *las mujeres*

somos más dedicadas, le damos más amor y cariño a los hijos, los hombres son diferentes para estas cosas.”

Para S1 el ejercicio del cuidado es complejo, agudizándose cuando su hijo se encuentra en un período de crisis, situación que es vivenciada como una experiencia negativa acompañada de sentimientos de tristeza, impaciencia y desesperación, por el contrario cuando su hijo está compensado la labor del cuidado no es vivenciada como una situación estresante y generadora de malestar. Se evidencia una relación directa entre el estado de la salud de su hijo con su estado emocional, reflejándose la influencia de las características de la enfermedad en su bienestar psicológico. Vinculado con esto agrega: *“(…) mi bienestar yo lo vengo a adquirir ya después que él sale de la crisis, que yo lo veo bien, que arrancó bien, cuando la línea se mantiene así parejita es cuando yo realmente me empiezo a sentir mejor. (…) ya después que pase un tiempito es que yo me emparejo con el bienestar psicológico.”*; *“a veces me pongo triste y sobre todo al principio cuando él todavía está en la crisis (…) ya no, él ahora está bien y yo estoy bien, él es el termómetro mío.”*

S1 expresa satisfacción con los servicios ofrecidos en la sala de psiquiatría del Hospital Hermanos Ameijeiras y en especial por el brindado por la doctora que atiende a su hijo, en tanto la considera significativa y responsable en gran medida de la estabilidad y bienestar del mismo, esta satisfacción se acompaña de sentimientos de alegría y de seguridad: *“La doctora es muy buena, yo deseo que nunca nos falte…”*; *“Aquí la atención es muy buena (….)y eso es importante.”*

Vivencia satisfacción además al dar cumplimiento a una tarea que la enaltece moralmente pues está desempeñando una función que es asumida como elemento inseparable del rol de madre y está brindando una ayuda con calidad a una persona necesitada, con la cual posee vínculos muy estrechos de consanguineidad y afectivos. Aspectos que socialmente están muy relacionados con los valores morales. Unido a ello también existen vivencias de insatisfacción dadas por los comportamientos de su hijo, que son manifestaciones de la enfermedad que padece y por algunas de las exigencias que le impone el ejercicio del cuidado como el saber lidiar con estas manifestaciones, situación para la cual aún no está preparada y ante ellas refleja bajos

niveles de adaptación, provocándole sentimientos de malestar, esto puede estar vinculado con la no aceptación global de la enfermedad que presenta su hijo, en tanto ofrece justificaciones para las conductas desajustadas del mismo que en última instancia son expresión en él de la enfermedad.

S1 percibe que el ser cuidadora ha tenido una influencia en su bienestar psicológico: *“Bueno a mí me ha marcado muchísimo la enfermedad de mi hijo, todo lo respecto a ella”*; *“El ser cuidadora ha influenciado mucho en mi bienestar psicológico.”* Provocando una tendencia a su disminución en función de las vivencias de insatisfacción y los afectos negativos generados por este rol y que se expresan solo en algunas de las esferas de la vida de la sujeto, pues en otras no ha tenido una notable repercusión, cabe destacar que cuando su hijo se encuentra en una crisis se debe hospitalizar con él y esto supone una afectación en todas sus esferas en tanto la mayoría de las actividades que realiza están en función del cuidado de su hijo: *“Cuando mi hijo está en crisis a mí me afecta muchísimo, todo para, toda la atención, todos, todos los cuidados es para él, todo es en función de él, por ejemplo desde diciembre que el ingresó en el hospital he estado con él hasta que le dieron el alta, es decir todo se detiene, mi casa se detiene, se detiene mi trabajo, todo para.”*

La familia constituye una de las áreas de la vida de mayor significación para S1. A ella están asociadas muchas vivencias de satisfacción, en tanto las relaciones entre sus miembros se caracterizan por la comprensión mutua, el respeto, ausencia de conflictos, una comunicación abierta y presencia de sentimientos positivos, elementos que hacen referencia de una funcionalidad de la dinámica familiar. En cuanto a la distribución de las tareas del hogar experimenta satisfacción: *“Yo me siento feliz ayudando a mi hijo y a mi esposo. Es mi deber.”* A pesar de realizar la mayoría de estas no vivencia una sobrecarga, refleja una naturalización de las funciones que le son asignadas a las mujeres. Esto es otra evidencia de su concepción tradicional sobre lo que significa ser mujer y ser hombre, en tanto visualiza a la primera en el espacio privado y al segundo en el espacio público: *“Siempre las hago yo. Yo hago los quehaceres del hogar (...) Yo soy la responsable de casi todo. Tengo que cocinar, tengo que preparar la ropa para el trabajo, ordenar y limpiar la casa. Yo me siento feliz*

ayudando a mi hijo y a mi esposo. Es mi deber.” Esta concepción constituye una reproducción de los patrones de género existentes en su familia de origen.

Otra satisfacción referida a su área familiar esta vislumbrada en los lazos afectivos positivos que se establecen entre sus miembros, experimenta sentimientos de amor por sus hijos y esposo. Además en este espacio satisface sus necesidades de afecto, de seguridad y apoyo, pues en su familia, tanto en la de origen como en la creada, S1 posee apoyo emocional, afectivo y económico para la realización de sus funciones como cuidadora, aunque ella es la cuidadora principal y en muy escasas ocasiones delega las responsabilidades del cuidado, pues percibe que ella es la única capacitada para ejercerlo.

El área laboral es otra de las esfera de la vida que mayor satisfacción provee a la sujeto, se aprecia una motivación profesional, sustentada en el dominio y conocimiento del contenido de su trabajo, en su autovaloración adecuada de sus potencialidades y capacidades reales relacionadas con su quehacer laboral y en los sentimientos positivos experimentados ejerciendo su profesión. La dinámica laboral es otro elemento que le genera satisfacción a S1, las relaciones entre el personal de trabajo pertenecientes a diferentes estatus en la jerarquía organizacional son adecuadas basadas en la comprensión mutua, el respeto y comunicación efectiva: *“Somos un colectivo que somos como una familia, hay unidad.”*. No se aprecia la existencia de conflictos ni de sentimientos negativos asociados a esta área, por el contrario cuando se refiere a su trabajo se aprecia una implicación emocional positiva, agrega que este le da sentido a su vida, el cual constituye un movilizador de su comportamiento. También S1 encuentra satisfacción en el apoyo que recibe de sus compañeros y compañeras de trabajo y de su jefe en relación a su condición de cuidadora: *“(…) para venir para este hospital el jefe de la unidad militar me puso la ambulancia, me apoyó en eso (…)* Mis compañeras de trabajo me llaman todos los días aquí, dos o tres veces, por la tarde, por la noche para saber cómo está mi hijo”. El trabajo para S1 puede estar conformando un espacio de esparcimiento y realización personal lo cual le genera placer. A pesar de la independencia económica que le confiere el ejercicio de

su profesión vivencia insatisfacción en cuanto a su remuneración salarial; no reviste de forma satisfactoria algunas de sus necesidades.

El rol de cuidadora deja sus improntas en esta esfera de la vida de la sujeto cuando debe asumir el cuidado a tiempo completo, situación dada en un período de crisis de su hijo, esto demanda que se ausente por una etapa y que no reciba su salario, pues pide una licencia sin sueldo como una alternativa de afrontamiento ante la situación presentada. Es importante señalar que esta estrategia no es vivenciada de forma negativa, pues le concede mayor importancia al cuidado de su hijo, y se siente complacida con responder adecuadamente a su deber de cuidadora y además porque cuenta con el apoyo de sus familiares que la ayudan económicamente en este período, donde los posibles efectos negativos de una licencia sin sueldo son compensados por la intervención de figuras significativas en su vida.

En el ámbito material, experimenta satisfacción pues percibe que conserva lo necesario para vivir. Sin embargo sus insatisfacciones en el área se asocian con la no percepción de una prosperidad económica y con su ingresos monetarios: *“Ahora a nosotros nos subieron el salario un poquito más (...) no es el que hace falta porque la vida está difícil, está cara.”*

El área de pareja constituye una fuente generadora de satisfacción. S1 encuentra satisfacción en las relaciones sexuales que establece con su esposo y en la funcionalidad de la dinámica de pareja, caracterizada por el respeto mutuo, una comunicación abierta, sólidos sentimientos de amor y confianza. Otra satisfacción en el área está condicionada por el apoyo que recibe S1 de su esposo para la resolución y afrontamiento de sus problemas: *“Las relaciones con mi esposo son maravillosas, maravillosas, e inclusive él me da mucho ánimo, me da muchas fuerzas para seguir para adelante, él siempre me dice mira esa enfermedad es como otra cualquiera, no te puedes deprimir, no te puedes angustiar, eso es como una presión alta, como un diabético, me ayuda a superar.”; “Él me apoya mucho, él me dice mira aquí cualquiera cae, aquí cualquiera se enferma, no te deprimas que eso es igual que otras enfermedades y de hecho hay otras enfermedades que son más duras.”*

En él encuentra un sostén de esencial importancia para el logro de su estabilidad emocional la cual está amenazada por los sentimientos negativos y displacenteros provocados por el padecimiento de su hijo, es evidente que su esposo es una figura significativa en la red de apoyo que posee para la realización de su rol de cuidadora. En relación con esto se debe agregar que las manifestaciones en su hijo de la enfermedad no han impactado negativamente en la relación de pareja, lo que puede ser explicado entre otros factores por los sentimientos positivos que los une en la relación y por el carácter favorable de las relaciones que se han establecido entre los tres.

S1 vivencia satisfacción además en las características personalógicas y comportamientos que posee su esposo en tanto se corresponden con las características y cualidades de su ideal de pareja: *“la pareja que yo tengo es...bueno para mí es mi ideal, claro que sí. Estoy bien. Me siento bien con él. Él es trabajador, es honesto, sabe ser amigo, es sincero, tiene muchas cualidades en ese sentido.”*

Estas satisfacciones están acompañadas de la presencia de afectos positivos en S1 en relación con esta área; experimenta sentimientos de felicidad y alegría, esto denota la presencia de cuantiosas vivencias placenteras en su relación de pareja.

En el área personal se encuentran satisfacciones asociadas a la conformidad y aceptación de sus características físicas y psicológicas, se evidencia una autovaloración adecuada. S1 posee confianza en sí y refleja una apropiada autoestima, se valora útil y necesaria para las otras personas y siente que goza de tanto valor como cualquier otra persona. Se evidencia satisfacción con su estado de salud actual el cual valora de favorable y con los logros que ha alcanzado en su vida, los que hacen referencia a su relación actual de pareja y a su familia creada, esto devela la significación que le concede S1 a estas esferas de su vida: *“Bueno si he logrado mantener mi familia unida para mí eso es un logro y tener un esposo maravilloso.”* Impresiona ser una sujeto con una tendencia a una visión optimista ante los acontecimientos desagradables y con una capacidad de reevaluar positivamente dichas situaciones, lo que puede estar constituyendo un estilo de afrontamiento: *“La vida te da sorpresa, pero es linda, es bonita, hay que vivirla y hay que seguir adelante*

con lo que se te presente, tratar de vencer los obstáculos, derribarlos y seguir para adelante.”

Presenta una insatisfacción relacionada con la angustia provocada por la incertidumbre que asocia al futuro, lo que puede estar explicando su escasa proyección hacia esta temporalidad, no evidencia proyectos futuros en ninguna de las áreas de su vida.

En términos de relaciones sociales, existen satisfacciones asociadas a la presencia de amistades, a las cuales le atribuye gran valor. Establece con las mismas relaciones basadas en juicios morales y un afectividad positiva: *“Tengo buenas amistades, las necesarias pero buenas, me siento satisfecha.”* Además constituyen un apoyo para la sujeto y es percibida por la misma como un factor determinante en su bienestar psicológico: *“(…) si es importante, porque para tener bienestar es importante contar con las amistades.”* Otra satisfacción está dada por la capacidad que posee para establecer relaciones armoniosas con las personas, es capaz de perdonar y aceptar las diferencias individuales. No se advierten insatisfacciones en el área, ni la presencia de afectos negativos.

Conclusiones Parciales:

- Se advierten afectaciones en el bienestar psicológico de S1, relacionadas con las insatisfacciones vivenciadas en su área material y las asociada a la labor del cuidado, sin embargo existen importantes fuentes de satisfacción asociadas a las áreas familiar, laboral, personal y de pareja, desde las que se vivencian estados emocionales positivos.

-La labor del cuidado es asumida como un deber moral hacia su hijo.

-Posee una red de apoyo para la realización de las tareas del cuidado lo cual le genera satisfacción y estados emocionales positivos.

-Expresa roles de género tradicionales los cuales forman parte de su identidad y facilitan junto con el compromiso moral adaptarse mayormente al rol de cuidadora.

-Posee satisfacción con los servicios de salud ofrecidos a su hijo.

-A la labor del cuidado se asocian satisfacciones e insatisfacciones, las primeras están vinculadas con el cumplimiento de un deber percibido con el parentesco y sentimientos positivos hacia el receptor del cuidado y las segundas están relacionadas con algunas de las situaciones a las cuales se debe enfrentar como cuidadora y con los comportamientos desajustados de la persona cuidada lo que le provoca efectos negativos.

-Cuando el receptor del cuidado se encuentra en un período de crisis la labor del cuidado es percibida con mayor complejidad y posee una marcada influencia en todas las esferas de la vida de la sujeto.

-En el período de crisis de su hijo la sujeto se caracteriza por presentar afectos negativos y constantes insatisfacciones dadas por la sujeto vivencia afectos negativos y constantes insatisfacciones, situación generadora de estrés y malestar.

-Se evidencia una relación directa entre el estado de la salud de su hijo con su estado emocional.

-Las principales valoraciones de satisfacción se expresan en el área familiar, de pareja, laboral, personal y de relaciones interpersonales.

-Muestra elevados niveles de insatisfacción con la esfera material.

-Las emociones que predominan en la sujeto tanto habituales como recientes son positivas, excepto cuando su hijo está pasando por un período de crisis.

Caso II: Sujeto 2(S2)

Información general

Mujer de 57 años de edad, de color de piel negra, casada, con un nivel educacional de 12mo grado, actualmente trabaja como dependiente comercial de una tienda. Convive con su esposo e hija, la cual es la receptora de sus cuidados. Ejerce la labor del cuidado desde hace más de cinco años en los horarios extralaborales. No posee conocimiento sobre la Esquizofrenia. Valora sus ingresos económicos de medios y percibe que es apoyada en la realización de las tareas del ejercicio del cuidado. Presenta afectaciones en su salud, referidas a problemas óseos, dolores de cabeza e hipertensión.

Su hija es una mujer de 29 años de edad, diagnosticada con Esquizofrenia hace 6 años. No ha logrado insertarse en la sociedad, no trabaja. Presenta validismo e independencia para realizar sus necesidades básicas. Las actividades de la vida cotidiana las puede hacer menos el aseo

Análisis Dinámico:

S2 refiere que el móvil principal que la conduce a responsabilizarse con las tareas del cuidado es un compromiso moral, el cual está sustentado en un vínculo afectivo positivo hacia su hija: *“Cuidar a mi hija es lo más grade que existe en la vida, yo soy su madre y debo hacerlo (...).”* La sujeto vivencia satisfacción en el cumplimiento de un deber que es asociado al rol de madre, percepción que puede estar respaldada por su concepción tradicional de los roles de género, la cual manifiesta en su discurso y accionar en las diferentes esferas de su vida: *“A la mujer ser muy femenina, agradable, ser muy dispuesta, ser bondadosa, humana, ser sociable, ser risueña, ser esas cosas lindas que tenemos que tener”; “Ser hombre es el que lleva los pantalones, es de más carácter, el hombre es a quién siempre se respeta, es el jefe familiar”; “(...)el papá de ella hace, va y busca las cosas que tiene que buscar en la calle, ocuparse de las cosas más pesadas. Yo me ocupo un poco más de la casa, de la limpieza (...).”*

La sujeto encuentra satisfacción en el apoyo ofrecido por el equipo de trabajo de la sala del Hospital Hermanos Ameijeiras hacia el cual experimenta sentimientos de agradecimiento: *“Aquí la atención es muy buena, me apoyan, por ejemplo la doctora se preocupa mucho por mí y por ella, siempre le da muy buena atención a ella, al igual que el grupo de enfermeros que trabajan aquí. Les estoy agradecida por la atención que nos dan.”*

Las consecuencias y limitaciones que le proporciona la Esquizofrenia a su hija es fuente de insatisfacción para la sujeto a las cuales se asocian sentimientos negativos: *“(...) ella es muy joven y verla así, ella es universitaria, que no ha hecho nada eso me da mucha tristeza.”* Se vinculada con esta insatisfacción la no aceptación global de la enfermedad que padece su hija, en tanto no reconoce en ella la naturaleza de algunos de sus comportamientos desajustados que en última instancia son manifestaciones de la enfermedad: *“(...) a veces ella tiene el autoestima baja, que se peine le digo, que*

recuerde como era antes.” Esta no aceptación puede estar dada entre otros factores por el desconocimiento que posee sobre la Esquizofrenia.

El ejercicio del cuidado es valorado como complejo el cual suscita en la sujeto sentimientos negativos como la tristeza, desesperación, preocupación y angustia: *“Claro que es complejo y difícil.”*; *“(…) todo el tiempo estoy con preocupación.”*; *“(…) yo me siento deprimida.”* Es importante señalar que durante los períodos de brote de la enfermedad de su hija esta labor es percibida con mayores grados de complejidad la cual es vivenciada con insatisfacción y sentimientos de malestar: *“Cuando ella está en crisis todo es más difícil, ella se pone mal y yo también, me pongo triste muy triste porque no me gusta verla así, es doloroso ver a tu hija en ese estado.”*; *“(…)ver a mi hija en crisis me pone el ánimo por el piso.”* Se precia una relación directa entre el estado de la salud de su hija y su estado emocional.

Además asumir el rol de cuidadora en estas situaciones particulares genera afectaciones en sus esferas de la vida en tanto la mayoría de las actividades que realiza están en función del cuidado de su hija: *“Cuando mi hija se pone mal yo la ingreso y quien está siempre con ella soy yo, es que rechaza a las demás personas y estoy en función de ella todo el tiempo, a su lado siempre estoy.”*

Uno de los aspectos más interesantes, tiene que ver con la percepción acerca del apoyo, que otros pueden brindarle. Se advierten claras demandas afectivas y de comprensión, lo que refleja que la sujeto esencialmente reclama un apoyo emocional que devienen en sentimientos de soledad: *“(…) necesito ayuda afectiva para mí”*; *“Yo siento esa necesidad, de tener más apoyo.”* Sin embargo, aun cuando existen estas demandas, sus reflexiones acerca de lo que otros puedan hacer por su hija, distan de la posibilidad de delegar la responsabilidad del cuidado en tanto racionaliza la naturaleza de los comportamientos y actitudes de los otros ante la situación generada por la enfermedad de su hija y por ideas irracionales asociadas a cómo debe enfrentar la situación y con las reacciones de las personas ante una persona con Esquizofrenia: *“En su hermanita y en su papá algunas veces porque ellos no tienen tiempo.”*; *“Yo pienso que me podían ayudar más pero como todo el mundo está enfrascado en su trabajo, no pueden, es que ellos no quieren es que el tiempo no se los permite.”*; *“Yo*

digo que ese es un problema mío, con eso cargo yo.” “(...)yo necesito de más ayuda pero me cohíbo porque pienso que las personas se van a reír de ella (...).”

La sujeto sobre el área familiar brindó una pobre información en las técnicas que hacían alusión a la misma, respondiendo con frases cortas y cliché, evidenciándose la ausencia de elaboración personal. Lo contenidos eran expresados sin fundamentación y problematización. Además no se reflejó una coherencia entre la información dada y la forma en que era expresada, la primera denotaba adecuación en todos los aspectos y la segunda develaba sentimientos de tristeza y angustia. Esta marcada resistencia a dar información sobre esta área de su vida estaba mostrando la existencia de vivencias de insatisfacción, las cuales fueron develadas en el desarrollo del proceso investigativo.

En la familia encuentra insatisfacción en el carácter conflictivo de la relación que se establece entre su hija enferma y su esposo, padre de la misma, en tanto este tiende a no reconocer la enfermedad de su hija y por ende no sabe lidiar con algunos de sus comportamientos, expresión en ella del trastorno que padece: *“Si existen conflictos, por ejemplo a veces él y la niña que está aquí no se entienden y discuten a veces (...).”* *“A mi gustaría que ellos se llevaran mejor porque sería una preocupación menos”.*

Otra insatisfacción está dada por la percepción de que su familia construida no la comprende y no es cariñosa con ella, presenta necesidades insatisfechas de afecto y apoyo emocional asociada a esta área. La sujeto experimenta sentimientos de soledad y tristeza en esta esfera de su vida: *“A veces me siento susceptible, son tantas las cosas así que a veces me da por llorar y eso.”; “Ellos no me entienden (...);”* *“Hay veces que me siento sola con todo esto.”; “él no siempre me ayuda.”* *“A veces a uno no le es suficiente conservar las cosas con tu esposo porque no te escucha, está lleno de actividades, y no piensa igual que uno.”*

La sujeto a pesar de estar casada no mantiene con su esposo una relación de pareja, situación resultante de la asunción del rol de cuidadora. Entre los factores determinantes de ese evento se encuentra la prioridad que le otorgó S2 a las funciones de la labor del cuidado en detrimento del cumplimiento de las relacionadas a su rol de esposa: *“Nosotros vivimos juntos pero no somos pareja.”; “A raíz de la enfermedad*

pasó esto, yo me descuide un poco y me centré mucho en mi hija.”; “Nosotros dormimos en cuartos diferentes(...); Si ha impactado porque yo más me he dedicado a ella, me he consagrado más a sus problemas que a los de la pareja(...)” La sujeto vivencia esta condición como una insatisfacción y con sentimientos de malestar : *“Algunas veces me pongo triste porque veo a que situación hemos llegado los dos, él fue mi primer novio y único esposo y ahora ya no somos nada.”*

En el área material la sujeto también vivencia insatisfacción asociada a la percepción de no poseer una situación económica próspera, lo cual le genera sentimientos de malestar: *“El dinero apenas alcanza y yo me esfuerzo mucho para conseguirlo y duele saber que tu sueldo no te da para comprar las cosas que necesitas.”; “Mi situación económica no es buena, da solo para lo necesario, lo del día a día.”*

En lo personal la sujeto encuentra satisfacción en los logros que percibe que ha alcanzado en el transcurso de su historia de vida: *“Me siento satisfecha de haber logrado cosas en mi vida, de tener mi trabajo, de tener mi trabajo realizado, de que ya casi me retiro, de tener mis hijas, a pesar de esta niña este así trato de ver más en la vida, yo no quisiera que estuviera así, de tener mi casa a pesar de ser modesta es linda.”* Se evidencia la importancia que le concede S2 a su profesión y a sus hijas, las cuales son el sentido de su vida: *“Lo que me motiva a vivir son mis hijas, me motivo por ellas, por verlas cada día mejor, que cumplan los objetivos que se proponen.”; “Sentido de la vida son mis hijas.”*

Las insatisfacciones en el área están muy vinculadas a las limitantes que le impone el rol de cuidadora en su ámbito personal. Asocia una expresión de insatisfacción a las repercusiones negativas que ha tenido para su salud esta labor. Describe estados de agotamiento físico, dolores óseos y de cabeza y alteración de su presión arterial; también habla de sentimientos de tristeza y preocupación: *“Algunas veces me siento cansada, porque todos los días es la misma cosa (...); “(...) tengo dolores en los huesos de la pierna, dolores de cabeza, últimamente mi presión me está subiendo es mucho el estrés, la enfermedad de mi hija me ha puesto mal.”; “(...) me preocupo demasiado por las cosas.”*

Otra vivencia de insatisfacción está dada por la pérdida de los intereses y los deseos de realizar actividades que antes de ser cuidadora eran de su agrado: *“Si tu supieras como yo era antes, tenía más deseo de hacer las cosas, siempre estaba pendiente de mi casa, mi casa limpiecita, ni un polvo tenía (...); “Entonces después que ella se enfermó (...)ya ni me arreglo, yo no sé cuándo fue la última vez que me arreglé la cabeza, cuando me voy para el trabajo ni en el espejo me miro, ni me pinto ni nada,(...) como que ya no le doy importancia a lo mío, antes yo trababa de arreglarme más o menos, de combinar la ropa, era muy presumida pero ya no, ya no pienso en mí(...);“He perdido el humor de la vida, de como yo era antes a como soy, yo antes iba a fiestas y era más divertida y ahora no.”; “(...) hay veces que no quiere levantarme, no hacer nada, ni arreglarme y esos son momentos estoy muy tristes.”* Unido con estas pérdidas de motivos la sujeto muestra además una tendencia a una autoestima baja, lo que devela una inadecuada autovaloración. Estas insatisfacciones la sujeto la vivencia con estados emocionales negativos: *“(...) muchas veces me levanto un poco triste o no tengo ganas de hacer las cosas.”*

La repercusión del ejercicio del cuidado en la planificación de su tiempo es vivenciada con malestar e insatisfacción. La sujeto percibe que no goza de tiempo libre, pues se dedica esencialmente en los horarios extralaborales a las tareas del cuidado y a las domésticas: *“(...) el tiempo que tengo se lo dedico a ella (...); “No tengo tiempo libre.”; “Todo el mayor tiempo es para ella, ya yo no voy a una peluquería ya no es como antes que a mí me sobraba el tiempo.”; “Algunas veces extraño las cosas que hacía antes, yo no pienso mucho en eso porque si lo hago me pongo triste.”*

Existen limitaciones en cuanto a sus relaciones interpersonales, S2 no dispone de tiempo para su esparcimiento personal: *“Algunas veces necesito salir y despejar un rato, no tengo tiempo para eso.”* Las satisfacciones en el área se asocian a la existencia de algunas amistades que le brindan apoyo en el enfrentamiento de sus situaciones problemáticas y en las tareas del cuidado, en tanto le ofrecen apoyo emocional y nuevas alternativas de solución: *“Yo tengo amistades que me apoyan y yo delego en ellos algunas actividades.”; “Tengo muy poquitas amistades, pero ellas te dicen no hagas eso, piensa esto de otra forma (...); “Tu conversas con un amigo*

tuyo y te desahogas y él te da otro criterio, mira no hagas eso(...) eso me casa del bache, me da aliente y me da iniciativas de cómo hacer una cosa que yo no tenía ni idea de cómo hacerlo, eso es muy importante.”

S2 vivencia en el área laboral satisfacciones relacionadas con la dinámica laboral, las relaciones que se establecen entre el personal de trabajo perteneciente a diferentes estatus en la jerarquía organizacional son favorables basadas en una efectiva comunicación, en el respeto mutuo y en la ausencia de conflictos: *“Hay mucha armonía entre los trabajadores y con el jefe también.”* Se aprecia una implicación emocional positiva hacia la profesión: *“Me gustaba mucho vender, eso de gestión de venta a mí me encanta eso, yo me siento bien en mi trabajo.”*; *“Se siente el deseo de hacerlo, de compartir, de conversar, de acercarme al cliente al bueno al malo.”*; *“ (...)estoy muy satisfecha. Me gusta lo que hago eso me encanta.”* Existe además satisfacción en el apoyo que recibe de sus compañeros de trabajo y de su jefe: *“Me apoyan, cuando tengo turno con mi hija me dan la salida, siempre me están preguntando sobre ella, como está.”*

El ejercicio del cuidado también afecta a esta esfera de la vida de la sujeto en tanto le exige ausentarse por algunos períodos de tiempo sin recibir la remuneración salarial, debe asumir el rol de cuidadora a tiempo completo cuando su hija se encuentra en un período de brote de la enfermedad: *“No ha afectado mi desempeño laboral, todo está bien, solo cuando está en crisis que tengo que pedir licencia sin sueldo.”* Se hace necesario destacar que la sujeto no expresa insatisfacción con esta estrategia de afrontamiento a esta exigencia de la labor del cuidado; le confiere mayor importancia al cuidado de su hija en tanto está cumpliendo con un deber que la enaltece moralmente.

Conclusiones Parciales

-El bienestar psicológico de S2 se advierte disminuido, como consecuencia de las múltiples insatisfacciones en las áreas de su vida y la preponderancia de estados emocionales negativos, vivencias que en gran parte están determinadas por el ejercicio del cuidado.

- El motivo por el cual asume la labor del cuidado es por un compromiso moral hacia su hija.
- Refleja una concepción tradicional de los roles de género que está determinado que el ejercicio del cuidado sea asumido como un deber del rol de madre.
- Posee satisfacción con los actuales servicios de salud ofrecidos a su hija.
- Los sentimientos que predominan en el desempeño del ejercicio del cuidado son negativos: tristeza, desesperación, preocupación y angustia.
- Cuando la enfermedad de su hija se encuentra en un período de brote el ejercicio del cuidado es percibido con mayores niveles de complejidad y se acrecienta su influencia en las diferentes áreas de la vida de la sujeto.
- La sujeto demanda apoyo en la realización de la labor del cuidado, especialmente apoyo emocional.
- La sujeto percibe que el rol de cuidadora ha impactado en su bienestar psicológico, valorándolo como desfavorable.
- El ejercicio del cuidado ha tenido una notable repercusión en todas las esferas de la vida de la sujeto, generando vivencias de insatisfacción y estados emocionales negativos.
- Las principales expresiones de insatisfacción se asocian al área familiar, al área de pareja, al área material, al área personal y de relaciones interpersonales.
- Las valoraciones de satisfacción generalmente están vinculadas con el área laboral.
- Las emociones que predominan en la sujeto tanto habituales como recientes son negativas: tristeza, preocupación, ansiosa y temerosa.

Caso III: Sujeto 3 (S3)

Información general

Mujer de 76 años de edad, color de piel blanca, estado civil casada, posee un nivel de escolaridad de 12 grado, jubilada, actualmente es ama de casa. Convive con su esposo e hija, esta última es la receptora de sus cuidados. Ejerce el rol de cuidadora desde hace más de 5 años a tiempo completo. Considera que su conocimiento sobre la Esquizofrenia es suficiente. Califica su estado de salud actual como bueno y sus

ingresos económicos como regulares. Percibe que es apoyada para la realización de las tareas del cuidado.

Su hija es una mujer de 50 años de edad, diagnosticada con Esquizofrenia hace 29 años, actualmente está compensada. No ha logrado insertarse en la sociedad, no trabaja ni de pareja. Mantiene su aislamiento social.

Análisis dinámico:

El ejercicio del cuidado se asume como consecuencia de un compromiso moral establecido hacia su hija, que devela un vínculo afectivo muy favorable hacia la misma. La sujeto a pesar de valorar a este rol como complejo lo vivencia con satisfacción, pues está desempeñando una tarea que la enaltece moralmente en tanto es asumida como un deber del rol de madre: *“Eso es un sacrificio pero también es una satisfacción. Cuando tú estás cumpliendo tu deber de madre tú te sientes satisfecha y además lo haces con amor (...) por eso uno se siente tan satisfecho, tan realizado, uno se siente feliz con eso, muy feliz.”*; *“(...)te sientes que estás haciendo lo que tienes que hacer, que este es tu deber, además lo haces con gustos porque esa es tu hija, lo que más quiere uno en la vida es a un hijo, de ahí para adelante ya no hay más nada.”*; *“Me siento realizada y satisfecha porque no lo hago por obligación (...) uno lo hace con tanto deber, con gusto, con satisfacción.”*

Otra satisfacción vinculada con el ejercicio del cuidado está dada por el apoyo y servicios ofrecidos por el personal de la sala de psiquiatría del Hospital Hermanos Ameijeiras: *“Yo llego a este hospital y yo recibo ayuda de todo el mundo, es que aquí las personas son como si fueran mi familia.”* En especial reconoce la labor de la doctora que asiste a su hija, percibe que ha sido un factor fundamental en la favorable evolución de su enfermedad y en el proceso de adaptación al rol de cuidadora; le proporcionó conocimientos sobre la enfermedad y cómo lidiar con las manifestaciones de ella en su hija. Se ha convertido en una figura significativa para la sujeto y su familia a la cual se asocian sentimientos de agradecimiento y afecto: *“Ella tuvo la suerte de caer en las manos de la doctora Marot. Ese ha sido el bienestar de ella.”*; *“Te dije que no tenía religión ella ha sido el Dios, ella ha sido todo para ella y para nosotros.”*; *“La doctora Milagros Marot ha sido no solamente quien la mejoró, sino quien nos ha*

enseñado a cómo cuidarla, a cómo tratarla aparte de que es quien ha dominado la enfermedad de ella. Desde el mismo momento en que caímos (...) con la doctora Milagros Marot ya todo fue distinto, nos dieron deseos de vivir hasta a nosotros mismos, a los padres, a todos.”

El ejercicio del cuidado en sus inicios fue vivenciado con una afectividad negativa e insatisfacción, en tanto le demandó a la sujeto crecientes niveles de adaptación ante las nuevas situaciones que le impuso para las cuales no estaba preparada. Constituyó un fuerte impacto en su vida: *“(...) para ese entonces yo no sabía lo que era sufrir, yo supe lo que era sufrir cuando se me enfermó mi hija.”* Los períodos de brote de la enfermedad de su hija, fueron momentos plagados de insatisfacciones y estados emocionales displacenteros pues tenía que ingresarla en un Hospital Psiquiátrico, donde según la percepción de la sujeto no existían las condiciones físicas y materiales en las habitaciones de los pacientes, y el evento de dejar sola a su hija dentro del hospital, pues no permitían acompañantes, le generaba sentimientos de malestar y desesperación, percibía que no estaba cumpliendo apropiadamente su rol de madre: *“Cuando la ingresaba a ella en un Hospital Psiquiátrico, quieres más impacto que eso. Tú sabes que es dejar a un hijo ingresado ahí y quedarte fuera porque no te dejen estar ahí pero tú no te puedes ir, yo no me iba, yo me quedaba ahí afuera. Darle la espalda a un familiar cercano con este tipo de enfermedad es un impacto grande.”;* *“Ella estaba muy mal porque tomaba un medicamento que no le asentaba y eso fue una bomba. Las alucinaciones, los medicamentos, la bomba atómica (...) Estamos hablando de mí, del impacto que tiene. Afecta mi bienestar, destruye a cualquiera.”*

La sujeto también encuentra insatisfacción en las características de la enfermedad que padece su hija y en las consecuencias que le depara a esta: *“Es una enfermedad que es crónica que no tiene cura, la Esquizofrenia es crónica (...) en el caso de mi hija ella es permanente, ella siempre está igualita cuando tiene su medicina que le asienta, cuando no tiene su medicina que le asienta ella no puede con eso, ella no puede con la enfermedad, esa persona no puede con la enfermedad, que es crónica, y es cruel, es una enfermedad muy cruel.”;* *“Ella puede salir para la calle pero no puede enfrentar*

la vida sola, no puede trabajar, hacer su vida, tener hijos, ya en su caso tiene 50 años pero cuando tenía menos tampoco(...).”

La sujeto percibe que el rol de cuidadora ha tenido un impacto en su bienestar psicológico: *“Antes que mi hija estuviera enferma la vida para mí era color de rosa(...).pero después que mi hija se enfermó ya yo no soy una persona como otra cualquiera, no soy una persona normal como los que tienen a sus hijos normales que se están casados, que tienen familia que hacen la vida normal, los padres no llevan una vida normal aunque digan eso no es cierto, hay un cambio en la vida de los padres, no puedes sentirte con un bienestar completo como tenías antes de que tu hija se enfermara.”* La sujeto visualiza que su actual bienestar psicológico no se encuentra tan afectado por el rol de cuidadora como en sus etapas iniciales: *“Mi estado actual de mi bienestar psicológico es positivo, porque yo veo que mi hija está bien (...) antes ella estaba mal tenía crisis y el cuidado era más difícil”*. Se aprecia una relación directa entre el estado emocional de la sujeto con el estado de la salud de su hija.

S3 manifiesta actualmente un conjunto de capacidades y cualidades psicológicas que develan en parte los recursos personales de los cuales se apoyó para lograr los presentes niveles de adaptación a su rol de cuidadora, lo que favorece la vivencia de este con sentimientos positivos y satisfacción. Refleja una capacidad de reestructuración del campo, fue capaz de realizar un reajuste comportamental y emocional ante las situaciones conflictivas e inesperadas resultantes de la labor del cuidado: *“Al principio es una cosa que tú piensas que eso no puede estar sucediendo, no se puede con eso, pero entonces el ser humano cuando te dan golpes se pone más fuerte (...) eso es un proceso de cada persona, de cada familia, te tienes que adaptar y aceptarlo(...).pero es una realidad que está sucediendo, que ves que te sucedió a ti, ves que tienes que seguir, y vas para adelante buscando otra vía, y así se te va la vida , me entiendes, y te vas poniendo más fuerte más fuerte.”*; *“Es como un guerra, estás en la guerra y tienes que luchar y esta guerra es una guerra psicológica, los golpes te fortalecen para la vida, te hacen crecer(...).si claro uno es madre y tienes que sentirte mal pero eso no quiere decir que te derrumbe.”* La sujeto también manifiesta una tendencia hacia la visión positiva de los acontecimientos y de la vida en general: *“(...*

nosotros las personas que somos positivos tenemos el bienestar psicológico lo tenemos bien porque las cosas malas no nos acaban, esa es la psiquis, las cosas malas es como coger más fuerzas.”; “(...) cuando tienes un golpe luchas por la vida, y la vida es tan linda para mi opinión, lo más lindo de lo más lindo que puede haber, más lindo que un ramo de flores.”; “Yo me siento bien, para mí la vida es buena, es linda y sigue siendo, es hermosa(...).”; “Tiene una cosa buena esta enfermedad, la única buena que tiene,(...), y es que no mata, está viva. No es un cáncer que mata y mientras hay vida hay esperanza.” Se aprecia en S3 una resignación ante su rol de cuidadora configurándose como un mecanismo de adaptación a esta condición: “Uno se va resignando, al principio no fue fácil.”; “Ahora es duro pero ya nos hemos resignado, la resignación existe, si la persona no se resigna a una cosa, (...), se le va la vida, pero viene la resignación, eso es así.”

La familia constituye para S3 el área de su vida más significativa a la cual están asociadas sus mayores vivencias de satisfacción y una consolidada afectividad positiva: *“Para mí la familia es lo más importante, para mí la familia (...) es lo fundamental.”* La sujeto se siente satisfecha con la dinámica familiar existente en su familia construida, asentada en sentimientos de amor, de aceptación, respeto y comprensión, en la ausencia de conflictos y en una comunicación abierta y efectiva, elementos que hablan de su funcionalidad: *“Me siento satisfecha con la dinámica que llevamos.”* S3 también encuentra satisfacción en la distribución de las tareas del hogar las cuales son compartidas equitativamente entre ella y su esposo: *“No hay uno que haga más que otro.”* Con esta satisfacción se vincula la concepción de ser mujer y de ser hombre que presenta la sujeto la cual se aleja de la visión de los roles tradiciones del género: *“No hay distinciones, eso es un mito a mi opinión.”*; *“Cuando yo nací era otra cultura de hombre y de ser mujer, cuando yo era chiquita el hombre llevaba a la casa los sustentos y la mujer hacía las cosas de la casa por lo general(...)En mi casa no es así, no hay diferencias entre mi esposo y yo.”*; *“No hay lugares ni posiciones en mi familia, todos somos iguales.”* *“Él ha estado a pie del cañón desde el primer día, y no por ser hombre va a ser menos. No hay distinción.”*

La sujeto percibe que la enfermedad de su hija ha tenido un impacto en su familia, han experimentado fuertes sentimientos de unidad, el cual expresa con un tono emocional positivo: *“La enfermedad nos une (...), éramos unidos, pero después de la enfermedad de mi hija nos hemos unido más, esta enfermedad une a la familia (...).”* Además vivencia satisfacción en la seguridad y apoyo que le brinda su familia para resolver sus situaciones problemáticas: *“Esto es un cuidado de ella con nosotros y con mi esposo y el conmigo”; “Siempre estamos unidos para enfrentar cualquier situación.”; “Es verdad yo tengo el apoyo de mi esposo y de mi hijo también(...).”*

El área de pareja constituye para la sujeto otra fuente de satisfacción y de sentimientos positivos. S3 vivencia de forma favorable la relación que mantiene con sus esposo, caracterizada por una comunicación abierta, por sentimientos de amor y unidad y por una comprensión y respeto mutuo: *“Nos llevamos muy bien(...) Como siempre hemos sido tan unidos (...)siempre ha sido así, todo no los decíamos.”; “En base al amor que nos tenemos, a la compenetración, nunca nos hemos ocultado nada.”* Además halla satisfacción en el apoyo que recibe de su esposo en la resolución de sus situaciones problemáticas y en especial en la realización de las tareas del cuidado, lo cual le genera sentimientos placenteros: *“Mi esposo es el apoyo principal, estamos con ella todo el tiempo. Si yo no estoy, porque hay veces que tengo que resolver problemas el asume el cuidado a tiempo completo y es igual como si yo estuviera.”: “Él es mi apoyo. Eso me hace sentir bien.”*

Su esposo aparenta ser una persona con una tendencia hacia el optimismo, cree en un próspero futuro para el tratamiento de la enfermedad. Esta visión optimista unido a las capacidades psicológicas de las sujeto antes descritas y a los sentimientos positivos que los une en su relación pueden estar constituyendo algunos de los factores que han impedido que las manifestaciones de la enfermedad que padece su hija impacte negativamente en la relación de pareja: *“La enfermedad de Maritza no nos ha traído conflictos, nos ha tenido unidos.”*

En el área laboral la sujeto actualmente no se desarrolla, pero encontró en ella vivencias de satisfacción que pueden ser fuente de bienestar en tanto son experiencias pasadas que son valoradas como logros alcanzados. Expresiones de satisfacción se

asocian al apoyo que recibía de sus compañeros en la realización de las tareas profesionales: *“Sí, mucha exigencia y a mí nunca nadie me dejó sola, se quedaban ahí. Cuando había algo que podíamos hacer en la casa, no los repartíamos y lo hacíamos en la casa como de tarea porque en la unión está la fuerza.”*

Otra satisfacción está dada por la presencia de favorables relaciones entre el personal de trabajo y por la existencia de amistades que surgieron en este ámbito: “Buenas, las personas se respetaban, yo tengo amistades muy buenas que son dos compañeras de mi trabajo, de la misma oficina. Todo el mundo a la verdad se llevaba bien, y si había un problema lo tratábamos de resolver entre todos.” La sujeto se siente realizada en esta área y expresa una valoración afectiva positiva hacia la misma: *“(…) fui muy feliz en mi trabajo, me sentía bien.” “Me sentí realizada.”; “Yo la recuerdo bonita, la recuerdo con que fue muy bueno trabajar. Si no llega a ser porque la hija mía estaba enferma no me hubiese jubilado a los 55 años, cuando se podía uno jubilar a los 55 años yo me jubilé, como ella estaba enferma para poder darle más atención me jubilé a esa edad pero si no hubiese seguido trabajando.”* Se visualiza como esta esfera de la vida de la sujeto se vio afectada por la labor del cuidado en tanto marcó su fin, es importante señalar que el proceso de jubilación no fue vivenciado con insatisfacción por la sujeto en tanto percibía que estaba cumpliendo con su deber de madre, lo cual le generaba placer.

En cuanto al área material la sujeto la vivencia con insatisfacción y sentimientos negativos, percibe que no cuenta con todo lo necesario para vivir, que no posee una vida material asegurada y no tiene garantizado un futuro económico, evidenciándose una inconformidad con su situación económica actual: *“No es buena, mi hija no tiene sueldo, ella no coge nada nunca trabajó, mi esposo y yo solo tenemos nuestra jubilación y de eso no se vive, no alcanza para los gastos de tres personas, gracias a mi hijo que nos ayuda, él nos mantiene. Nosotros dependemos de otra persona y eso al final me da un poco de tristeza el saber que con lo mío no puedo hacer nada o casi nada.”* La sujeto a esta área le otorga menos importancia que a las demás esferas de su vida pues considera que existen otras cosas más significativas que lo material sin restarle la importancia que acredita: *“El dinero es necesario para la vida pero no es*

imprescindible porque teniendo salud y mente es suficiente.”; “Lo material que tenemos es por mi hijo que nos mantiene, usted cree con 65 pesos de jubilación yo me mantengo, no es por mi hijo. Lo material no es imprescindible pero si necesario para la vida.”

Vinculado al área personal la sujeto manifiesta una marcada preocupación por su futuro estado de salud en aras de poder seguir ejerciendo el rol de cuidadora, se aprecia una angustia anclada al futuro de su hija una vez que ellos no estén a su lado, en la técnica de los 10 deseos ella expresa: 1er deseo salud; 4to deseo vivir mi esposo y yo muchos años para que mi paciente esquizofrénico no se quede sola en su vida y en la entrevista alegó: *“Eso sí se reflexiona uno siempre piensa en el futuro.”; “(...)Pero sí dialogamos eso sentados, como va a ser eso, que se va a hacer. Es muy difícil, déjame decirte.”* Esta preocupación e incertidumbre sobre el futuro de su hija le genera sentimientos de malestar que se corroboran con el tono emocional afectivo con el cual fueron expresados estos contenidos.

La sujeto posee una autovaloración inadecuada con una tendencia hacia una subvaloración, no se cree útil y necesaria para las personas, además durante todo el proceso investigativo se refirió a ella en términos negativos: *“(...) tu vez que soy una inútil.”; “(...)bueno yo soy bruta.”* En algunas ocasiones no presenta conformidad con su actuar valorándolo de forma desfavorable: *“(...) siempre siento que pudiera hacer más.”; “Soy muy inconforme conmigo misma”; “Como madre no estoy conforme, muy inconforme.”* También manifiesta sentimientos de inferioridad respecto a la figura de su esposo: *“(...)y eso son cosas que las que las hice mal fui yo no fue él.”; “A lo mejor si él estuviera aquí si te lo explicara más bonito porque él se expresa mejor.”; “Él tiene más cultura y más inteligencia.”; “(...)también porque él es universitario y yo soy técnico medio(...).”*

Se aprecia una insatisfacción vinculada con el deterioro vivenciado característico del período del desarrollo en el cual se encuentra: *“Ya él por su edad tiene un desgaste, se sabe, igual que lo tengo yo, porque la edad es una enfermedad, la edad es un desgaste y no es nada fácil lidiar con eso.”* Otra insatisfacción está dada porque S3

percibe abolido su tiempo libre: *“Yo no tengo tiempo libre (...).”* Se evidencia así la repercusión del rol de cuidadora en esta área.

La sujeto encuentra satisfacción en algunas capacidades psicológicas que presenta en tanto le permiten superar los eventos dolorosos y conflictivos, generándole sentimientos favorables: *“Yo misma me decía no es posible como yo superé aquello. Lo superé, el dolor me hace crecer.”; “(...) yo también tengo fuerzas.”*

En términos de relaciones sociales la sujeto vivencia satisfacción en el apoyo que recibe de sus vecinos y amistades en la realización de las tareas del cuidado: *“Mis vecinos también me ayudan, un ejemplo los vecinos de al frente tienen llaves de mi casa si yo no estoy ni mi esposo ellos entran y le dan la comida a mi hija y esperan que nosotros lleguemos ahí dentro de mi casa para no sacarla de sus comodidades.”; “Además vivimos en un edificio donde las personas somos como familia(...).”; “Mis amistades siempre se preocupan por el estado de mi hija y me ayudan en todo lo que yo necesite.”* S3 también manifiesta satisfacción en las actividades que realiza en los espacios recreativos y de esparcimiento, a las cuales se asocian sentimientos positivos: *“Tenemos que ir a una playa vamos, si tenemos que ir a un paseo vamos, visitamos familiares en otras provincias (...) y nos sentimos bien haciendo eso, aunque no es con frecuencia.”*

Conclusiones parciales

- El bienestar psicológico de S3, posee algunas afectaciones asociadas a las insatisfacciones experimentadas en el área personal, material y a las limitaciones que la enfermedad le impone a su hija, sin embargo existen importantes fuentes de satisfacción en la esfera familiar, de pareja, relaciones sociales y laboral, proveedoras de estados emocionales positivos.
- El ejercicio del cuidado se asume como consecuencia de un compromiso moral establecido hacia su hija.
- Se aprecia una relación directa entre el estado emocional de la sujeto con el estado de la salud de su hija.

-Se evidencia la influencia positiva de las redes de apoyo de las instituciones médicas sobre el favorable estado de su bienestar psicológico.

-Es apoyada en la realización de las tareas del ejercicio del cuidado, lo cual es vivenciado con satisfacción y estados emociones positivos.

- El rol de cuidadora en sus inicios se caracterizó por vivencias de insatisfacción y estados emocionales negativos. Actualmente se aprecia niveles crecientes de adaptación a este rol evidenciándose una disminución de estas vivencias desfavorables y manifestándose valoraciones de satisfacción y una afectividad positiva.

-La presencia en S3 de cualidades psicológicas como la capacidad de reestructuración del campo y la tendencia hacia una visión positiva de los acontecimientos pueden estar constituyendo factores favorables en el proceso de adaptación a su rol de cuidadora.

-Las principales valoraciones de satisfacciones se asocian al área familiar, de pareja, laboral y de relaciones interpersonales.

-Las expresiones de insatisfacción se relacionan con el área personal y material.

Caso IV: Sujeto 4 (S4)

Información general

Mujer de 73 años de edad, color de piel negra, estado civil casada, nivel de escolaridad 9no grado, jubilada, actualmente es ama da casa. Convive con su esposo, dos hijos, una nuera y dos nietos. El hijo de menor edad es el receptor de sus cuidados. Ejerce el rol de cuidadora desde hace más de 5 años a tiempo completo. Percibe que es apoyada para realizar las tareas de esta labor. Califica su conocimiento sobre la Esquizofrenia de suficiente y sus ingresos económicos actuales de bajo. Presenta afectaciones en su salud, asociado al padecimiento de tensión arterial alta y problemas óseos.

El hijo receptor de sus cuidados es un hombre de 43 años de edad, diagnosticado con Esquizofrenia desde hace 13 años. Esta bajo peritaje médico. Trabajaba pero fue jubilado por peritaje médico. Actualmente no se ha reinsertado a la sociedad.

Análisis dinámico

S4 asume la responsabilidad del cuidado, tras el establecimiento de un compromiso moral, sobre la base de un vínculo afectivo positivo hacia su hijo, receptor de los cuidados: “(...) *lo cuido porque es mi hijo y yo como madre debo cuidarlo y más ahora que está enfermo.*”; “*El cuidarlo es positivo, me siento bien cuando lo cuido, yo lo quiero mucho.*”

La sujeto vivencia con satisfacción y sentimientos placenteros el ejercicio del cuidado en tanto lo valida como una función del rol de madre, reflejando así una concepción tradicional de los roles de género donde esta labor ha sido naturalizada como una tarea de la mujer: “(...) *es una virtud que tenemos las mujeres de cuidar al que está enfermo.*”; “*La mujer realiza el cuidado diferente a un hombre.*” La valoración favorable que realiza S4 acerca de cuanto ha hecho por el cuidado de su hijo le provee también satisfacción: “*Me siento satisfecha porque lo he dado todo.*”

Otra fuente de satisfacción es la percepción que posee sobre su influencia positiva en la mejoría de su hijo: “*Y a lo mejor si yo no estuviera con él no estaría tan bien como está*”; “*Bueno a mí me parece que como yo no lo va a cuidar nadie.*” Esta percepción puede estar constituyendo una de las razones por la cual no delega la responsabilidad del cuidado en otras personas.

Al rol de cuidadora se asocian además sentimientos negativos en términos de tristeza y preocupación: “*Mi preocupación es cuando yo me tenga que ir y dejarlo solo por un tiempo y me preocupa que no se tome su medicamento.*” “*Me siento triste de verlo así.*” El reflexionar sobre el futuro de su hijo y quién la remplazará en su rol de cuidadora le genera sentimientos de malestar y angustia: “*Yo pienso que si yo me muero quien lo va a cuidar eso me preocupa, me pone triste su futuro.*”

La sujeto valora como desfavorable al estado actual de su bienestar psicológico: “*Mi bienestar psicológico es malísimo.*” Existen vivencias de insatisfacción y de sentimientos negativos en las diferentes áreas de la vida de S4 que unidas a las generadas por el rol de cuidadora pueden estar determinando una tendencia en su bienestar psicológico hacia la disminución.

Un área que le provee cuantiosas insatisfacciones y estados emocionales displacenteros es la material. La sujeto vive en un albergue y desde hace más de 5 años está reclamando a las instituciones pertinentes una nueva vivienda: *“Mi insatisfacción está relacionada al problema de la vivienda.”* Este proceso de espera es vivenciado con malestar en tanto experimenta pérdidas de esperanzas y sentimientos de desesperación. Además se aprecia hacinamiento y las dificultades que esta condición impone como la escasez de privacidad es una insatisfacción para la sujeto: *“Otra cosa que me afecta es que somos muchos y en algunos momentos no tengo la privacidad que quisiera.”* Expresa insatisfacción también con las condiciones físicas del inmueble donde vive, la carencia de algunos espacios le genera malestar: *“Aquí no hay patio, me gustaría tener un patio para tender, no es lo mismo tender la ropa afuera que dentro de la casa. Me voy a morir sin tener un patio.”*

La sujeto visualiza una sola alternativa en aras de potenciar su bienestar psicológico la cual alude a la solución de la situación de la vivienda, esto demuestra que S4 reconoce los efectos negativos que posee esta problemática para su bienestar psicológico: *“El problema de la vivienda, que me den una casa, si eso se resuelve yo me sentiría mejor.”; “Para mi bienestar bastante mejoría sería una vivienda.”*

También encuentra insatisfacción en su situación actual económica: *“(...) la necesidad que en sí yo tengo es económica, a veces no me alcanza el dinero, (...)”*. Relacionada con esta insatisfacción deviene otra vivencia displacentera vinculada con la escasez de recursos monetarios disponibles para ejercer la labor del cuidado: *“(...) las pastillas están muy caras y no le pueden faltar y el dinero apenas da para eso.”*

En el área de familia la sujeto vivencia satisfacciones asociada a la dinámica familiar existente, basada en la ausencia de conflictos, respeto mutuo y en sentimientos de amor: *“Hasta ahora no han existido conflictos, ni broncas ni nada, nos llevamos bien.”; “(...) nos queremos es que somos familia.”; “(...) todos tenemos nuestros carácter y tratamos de sobrellevarnos y nos respetamos, eso es importante.”* Otra satisfacción en el área está vinculada con el apoyo que recibe de sus familiares para la realización de las tareas del ejercicio del cuidado: *“Tengo un hermano mayor que yo, el me ayuda,*

es mi vida.”; “Aquí me apoyan todos, mis otros hijos, mi nuera, mi esposo, si le falta una medicina todos se ponen en función de buscarla.”

La insatisfacción en el área se relaciona con la distribución de las tareas del hogar, la mayoría de estas son responsabilidad de la sujeto, vivencia sobrecarga que deviene en un agotamiento físico: *“Me siento insatisfecha(...) me gustaría que fuera de otra forma pero que pueda hacer.” ; “Actualmente yo no trabajo, por eso es que estoy atareada toda la mañana y a las 5 de la tarde cuando llega mi nuera ella es la que cocina y yo la ayudo a fregar y eso, ella tiene una niña también que tiene que atender, que es mi nieta y los domingos me toca a mí cocinar, el domingo me toca hacer almuerzo, comida , todo(...).” ; “Yo a veces peleo porque a veces no atino a hacerlo todo, y digo algo para que me ayuden.”* Se aprecia una demanda de apoyo para la realización de las tareas domésticas.

En el área de pareja expresa satisfacción con el carácter armonioso de la relación que establece con su actual esposo, basado en un fuerte sentimiento de amor y respeto. Su esposo constituye una figura significativa para su vida, él satisface necesidades de afecto, seguridad y apoyo: *“(...) con mi esposo me siento feliz, mi esposo me quiere mucho y yo a él también. El me cuida como nadie y me apoya en todo.”* También valora con satisfacción las relaciones sexuales que mantiene con él: *“Todas son positivas, no hay nada negativo en eso.”*

S4 experimenta satisfacción y emociones positivas asociadas al apoyo que le ofrece su esposo para la solución de sus situaciones problemáticas y en la realización de las tareas domésticas y las del ejercicio del cuidado: *“Él es mi principal apoyo.”; “(...) mi esposo lo mismo plancha que hace lo que tenga que hacer (...).”; (...)*en las tareas de la casa me ayuda, el hace lo que yo le diga(...)*me dice en qué te puedo ayudar, él solo viene y me dice eso.”; “(...)él está al tanto de sus medicamentos.”; “Yo te voy a ser franca cuando yo he tenido algún conflicto el que me ayuda es mi esposo, a debatirlo es mi esposo(...).”* Es evidente que la sujeto halla en su esposo un importante sostén emocional y práctico que puede estar constituyendo un elemento favorecedor de su bienestar psicológico, aunque las responsabilidad de las funciones es de la sujeto.

Es importante destacar que el rol de cuidadora no ha tenido un impacto en su relación de pareja, lo cual puede ser explicado entre otros factores por las relaciones armoniosas que se establecen entre su esposo e hijo enfermo y los lazos afectivos que los une como pareja.

La insatisfacción en el área se refiere a la enfermedad que padece su esposo que le genera sentimientos de tristeza, miedo y preocupación: *“Me siento satisfecha con mi esposo, lo único que me da tristeza es saber que está enfermo de cáncer de próstata.”*; *“Pienso que él tan bueno y que pasará cuando él no esté, pienso mucho en el futuro que pasará con él.”*

Otra insatisfacción está dada por la valoración negativa acerca de una antigua relación de pareja, en la cual experimentó profundos sentimientos de angustia y malestar, que se activan con los recuerdos evocados en el presente: *“Valoro dos bien y una mal, buenas fueron las del padre de mis hijos mayores y la de ahora, mala fue la del papá de mi hijo menor.”*; *“Pero el papá de mi hijo menor es el que más me ha hecho sufrir(...).”*; *“Una cosa que no se me olvida nunca mi mamá estaba muy enferma, tenía cáncer, y él estaba tomando en el portal, tomándose una caja de cerveza y escuchando música y una persona adentro muriéndose, eso no se perdona.”*

La sujeto actualmente no se desarrolla en el área laboral producto de su jubilación, la cual no fue provocada por el rol de cuidadora, es importante señalar que este rol es asumido años después de su jubilación y que las manifestaciones de la enfermedad de su hijo no afectaron su desempeño profesional.

En esta área se puede hacer mención de juicios de satisfacciones asociados a las favorables relaciones que estableció con sus compañeros de trabajo y superiores cuando trabajaba como custodio en Ensufarma. Además experimentó sentimientos positivos hacia su ejercicio laboral expresión, junto con el dominio del contenido de trabajo y una adecuada autovaloración en esta esfera, de su motivación profesional: *“Yo me sentía bien trabajando, me gustaba lo que hacía.”*

Las insatisfacciones en el área se refieren a la vivencia de algunas situaciones conflictivas que se desarrollaron cuando trabajaba como custodio, que le suscitaban

sentimientos de malestar y a la existencia de una ley del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social que expresaba que las personas una vez jubiladas no podían insertarse nuevamente a un centro laboral, esta constituyó un obstáculo para la realización de su deseo de seguir poseyendo una vida laboral activa: *“Yo pude seguir trabajando y no pude porque pusieron la traba de esa ley de los jubilados, yo me sentí mal es ese tiempo(...)”*

Los proyectos personales de S4 hacen alusión a resolver su situación de la “vivienda”, demostrando así la importancia que le atribuye a la resolución de esta problemática en tanto le proveería satisfacción. Además la sujeto visualiza como un logro de su vida la actual relación de pareja, lo que denota una vez más su importancia como elemento favorecedor de su bienestar psicológico: *“El logro de mi vida es haberlo encontrado a él (...)”* y como fracaso refiere a su relación de pareja con el padre de su hijo menor, validando las insatisfacciones y afectividad negativa que deviene de esta.

Las insatisfacciones en el área personal se asocian a las limitaciones que percibe como resultado del período del desarrollo en el cual se encuentra: *“Es que mi cuerpo ya está cansado, ya no puedo hacer las cosas que hacía cuando era más joven, no es fácil la vejez.”* Relacionado con esta insatisfacción vivencia otra vinculada con la percepción desfavorable que posee acerca de su estado actual de salud: *“La mía la veo que cada vez más mal, más mala, es que tengo problemas en la pierna, me está doliendo mucho, ya no me siento con la misma energía que antes para hacer las cosas, me canso con más facilidad.”* S4 experimenta sentimientos de angustia relacionados con su actual estado de salud en tanto percibe que puede ser una limitante para ejercer adecuadamente su rol de cuidadora: *“(...) tuve que ir al hospital porque me dolían las piernas y que me dio descalcificación de los huesos y yo sé que eso va a ir caminando y después ellos, que harán ellos si yo me enfermo (...)”* Además percibe que el ejercicio del cuidado ha tenido una notable repercusión en su estabilidad emocional: *“Sí, los nervios los tengo desbaratados desde que soy cuidadora.”*

Otra insatisfacción está dada por la incertidumbre e inseguridad que asocia al futuro, le genera sentimientos de preocupación la evolución de la enfermedad de su esposo y el estado de su salud en tiempos venideros en aras de poder seguir ejerciendo el rol

de cuidadora. Estos elementos pueden estar explicando la escasa proyección hacia esta temporalidad, no ha estructurado proyectos futuros en ninguna de las áreas de su vida.

S4 evidencia una adecuada autovaloración que se acompaña de sentimientos placenteros, acepta sus características físicas y psicológicas y posee confianza en sí: *“Yo me siento muy satisfecha como soy.”* A pesar que la sujeto percibe que el rol de cuidadora ha tenido un impacto en su área personal no vivencia esta afectación de forma negativa en tanto está cumpliendo con un deber que la engrandece moralmente.

En términos de relaciones interpersonales la sujeto vivencia insatisfacción y sentimientos de tristeza con la pérdida física de su única amiga: *“(…) hace poco murió la única amiga que me quedaba y pensar en eso me pone triste.”* Otra insatisfacción está dada a no poseer espacios donde pueda suplir sus necesidades de socialización y esparcimiento. El rol de cuidadora repercute de forma negativa en la planificación de su tiempo, lo que junto a otros factores pueden estar impidiendo la realización de estas necesidades: *“No tengo tiempo, hace mucho que no tengo,(…)”*; *“Todo el mundo necesita un vínculo con otras personas.”*

Conclusiones parciales

- El bienestar psicológico de S4 se aprecia disminuido por las vivencias de insatisfacción y estados emocionales negativos asociadas a las diferentes esferas de su vida y al ejercicio del cuidado.
- La sujeto asume la responsabilidad del cuidado por un compromiso moral.
- Es apoyada en la realización de las tareas del ejercicio del cuidado, lo cual es vivenciado con satisfacción y estados emociones positivos.
- La sujeto a pesar de vivenciar insatisfacción en todas la áreas de su vida la de pareja, la y la de familia emergen como las esferas en las cuales experimenta mayor satisfacción.
- El área material es la esfera de su vida que más insatisfacciones y estados emocionales negativos le provee.

Caso V: sujeto 5(S5)

Información general:

Mujer de 62 años de edad, color de piel blanca, soltera, nivel educacional universitario, jubilada, actualmente es ama de casa, convive con su hija, la cual es la receptora de sus cuidados desde hace 5 años. Ejerce el rol de cuidadora a tiempo completo. Considera que su conocimiento sobre la enfermedad es suficiente y que su situación económica es buena. Califica su estado de salud actual como regular; presenta trastornos del sueño (pesadillas e insomnio) y es hipertensa. Pertenece a la religión Cristiana Evangélica Pentecostal, a pesar de haberse consagrado a ella hace poco tiempo, manifiesta una gran devoción en su Dios. Percibe que es apoyada en la realización de las tareas del cuidado.

Su hija es una mujer de 43 años de edad, diagnosticada con Esquizofrenia hace 15 años. Es una persona que no ha podido insertarse en la sociedad pues presenta síntomas que se lo impiden. No trabaja por lo cual se encuentra en la casa a tiempo completo. Es una persona muy dependiente de su madre para la realización de las actividades y satisfacción de sus necesidades.

Análisis dinámico:

El ejercicio del cuidado constituye para S5 un rol complejo de gran influencia en las diferentes esferas de su vida, en tanto su actuar y sentir en ellas ha estado determinado en parte por las exigencias que esta labor le impone. El motivo por el que se asume el cuidado responde al cumplimiento de un compromiso moral y por un vínculo afectivo positivo hacia su hija.

A este rol están asociadas vivencias de satisfacción que se vinculan con la calidad del cuidado ofrecido y en el cumplimiento de un deber vislumbrado como propio del rol de madre, lo cual la enaltece moralmente: *“La satisfacción es que ella ha estado bien atendida, nunca la he dejado sola, además es mi hija y yo como madre debo cuidarla.”* Otra satisfacción está relacionada con la percepción de reconocimiento social por la labor que realiza como cuidadora, reconocimiento ofrecido por personas significativas para ella : *“El mejor reconocimiento social lo tengo de los médicos que atienden a mi*

hija , de las amistades mías y de mi propia hija e hijo.”; “Ella me dice no mima, porque no me siento segura con él, él no tiene tu desenvolvimiento (...) yo me siento más segura con que tú siempre seas la que estés al lado mío, es decir que ella reconoce y ha reconocido la diferencia entre su padre y yo (...) reconoce que yo he sido fundamental.”

S5 también descubre satisfacción en la atención que le ofrecen los profesionales de la sala de psiquiatría del Hospital Hermanos Amejeiras a ella y a su hija, destacando la labor de la doctora que asiste a esta última y la relación positiva que se ha establecido entre ellas:“(...) *ha sido una doctora muy buena, una doctora que a mi modo de ver es una doctora de las más especializadas en este sentido, es capaz, hay una cosa muy positiva que ella le cae bien a mi hija. Mi hija demuestra cariño y afecto por ella.*”; “*En las otras instituciones no ha sido así con esta consagración, no habían dado un diagnóstico de lo que ella tenía, donde hubo profundidad y más profesionalidad fue aquí en el Amejeiras*”. Además la sujeto se siente estimada por el personal de trabajo de esta sala lo cual le genera sentimientos placenteros: “(...) *cuando los médicos me ven me saludan con afecto y eso me hace feliz.*”

El ejercicio del cuidado también le genera insatisfacciones, una de ellas está vinculada con la no percepción por parte de la sujeto de su influencia positiva en el restablecimiento de la salud de su hija, en tanto constituye un factor protector de la misma: “*Mi insatisfacción es saber que yo no puedo incidir en su mejoría total, solamente la medicina y un milagro de Dios pueden hacer eso.*” Se aprecia además como la sujeto vincula con la ciencia y la religión sentimientos de esperanzas.

S5 no presenta una aceptación global de la enfermedad que padece su hija, no reconoce algunas de sus limitantes como persona enferma y no distingue con facilidad la naturaleza de algunos de sus comportamientos: “(...) *tú tienes que crecerte, tienes que irte preparando desde ahora para cuando tu mamá no esté, ella no interioriza eso, no lo interioriza, no sé si será propio de la enfermedad.*” Esta no aceptación global puede estar relacionada con otras insatisfacciones asociada a la labor del cuidado como es la insatisfacción provocada por los comportamientos desajustados que presenta su hija, expresión de la enfermedad en ella, y la exigencia que le impone este

rol de lidiar con dichas manifestaciones, lo cual visualiza como las tareas más trabajosas de este rol, generándole sentimientos displacenteros y un desgaste tanto físico como psicológico: *“eso me da trabajo, siento mi cuerpo agotado en todos los sentidos y eso me desgasta.”*

Las consecuencias que trae para su hija el estar enferma es otra fuente generadora de estados emocionales negativos: *“A veces eso genera sentimientos dolorosos para uno, (...) entonces pienso que ella pudo tener una vida distinta, pienso que ella pudo haberse realizado más, intelectualmente, y eso me hace sentir triste.”*; *“(...)yo la quiero mucho hay momentos que he sentido frustración y lástima porque sé que no voy a tener nietos de ella y eso me duele porque no la veo que es feliz aunque ellos en su enfermedad hacen su mundo pero hubiese querido otro mundo para ella, una vida con hijos.”* Se aprecia en la sujeto su concepción de género, a pesar de visualizar a la mujer en el espacio público sigue asociándola al espacio privado mediante el cumplimiento de rol de madre. Socialmente se estipula que las mujeres encuentran su mayor realización en el cumplimiento de esta función, esta creencia la tiene incorporada como parte de su concepción del mundo y eso puede estar mediando la expresión de sentimientos de lástima por su hija en tanto la considera una persona frustrada por no poder responder a las exigencias que los tradicionales roles de género le impone a la mujer.

S5 percibe que el ser cuidadora ha tenido una influencia negativa en su bienestar psicológico, forjando una tendencia hacia su disminución, ha constituido un reto en su vida que no le ha sido fácil vencer, pues ha demandado crecientes niveles de adaptación y reestructuración subjetiva, y al cual están asociados cuantiosas insatisfacciones y afectos negativos que se han expresado en todas las esferas de la vida de la sujeto. Al respecto plantea: *“Ser cuidadora ha impactado mucho, mucho en mi bienestar, ha sido una tarea difícil para la cual yo no estaba preparada.”*

Existe otro aspecto relevante en S5 que al igual que el rol de cuidadora constituye un elemento medular en el estado de su bienestar psicológico, la religiosidad. Si bien el ejercicio del cuidado genera para su bienestar una tendencia hacia la disminución sus creencias religiosas compensan estos efectos negativos configurándose como un

recurso de afrontamiento ante las situaciones problemáticas que emergen en las diferentes áreas de su vida y en especial ante las exigencias impuestas por su condición de cuidadora, las cuales fueron el motivo de la práctica de la religión: *“Desde que conocí a Dios y me entregué a su amor todo ha cambiado, me siento mejor, ya no me deprimó como al principio de esta situación; “(..)pero yo al ver en este ministerio de misericordia que yo trabajo personas que están diez veces peor que yo eso me ha ayudado mucho.”; “ La iglesia me ayudó a soportar esta situación, la mano de Dios me ayudó, el amor de Dios”*. Esta espiritualidad no solo la ayuda a enfrentar sus dificultades, también le provee apoyo en la realización de las tareas como cuidadora y conforma un espacio de satisfacción de algunas de sus necesidades como las de afecto, de esparcimiento y vínculo social: *“Me siento apoyada por muy buenos amigos y por mis hermanos de la iglesia y los pastores, que han sido la familia que no tengo (...)”;* *“Mis apoyos inmediatos son mis hermanos de la iglesia (...)”;* *“En la iglesia realizo actividades ayudando a otros que están más necesitados y me siento contenta con lo que hago”;* *“En la iglesia converso con mis hermanos y con Dios.”;* *“(..)ir a la iglesia es una de las pocas actividades que hago porque todo el tiempo estoy con mi hija en la casa”;* *“La fe en Dios me ha traído paz, tranquilidad y felicidad”*. La práctica de la religión puede estar conformando un elemento potenciador del bienestar psicológico de S5, en tanto es vivenciada con satisfacción y estados emocionales positivos.

La familia constituye el área de la vida de la sujeto más conflictiva, proviene de una familia disfuncional y posee una historia permeada de necesidades insatisfechas, frustraciones y emociones negativas que han dejado sus huellas en su subjetividad. Se hace pertinente ahondar en su historia familiar para lograr una mejor comprensión de las insatisfacciones y afectividad negativa que vivencia actualmente la sujeto en el área, pues están muy relacionadas con sus vivencias pasadas y que de una forma u otra también han influido en su actuar y sentir en las demás esferas de sus vida.

La sujeto percibe que en esta esfera es donde ha encontrado menos realización, fue criada por su abuela y no por sus progenitores lo que instauró en ella una fuerte necesidad de afecto que aún no ha sido satisfecha: *“Desde que nací mi abuela fue la que tomó la dirección de mi vida, mi mamá trabajaba para sostenerme y mi padre no*

se ocupó de mí (...). Mi mamá trabajaba pero mi abuela se hizo cargo de mi totalmente, después mi mamá contrajo matrimonio nuevamente tuvo otro hijo pero yo seguía con mi abuela”.

Se asocian a su niñez y adolescencia insatisfacciones dadas por la inconformidad con la educación y el estilo autoritario empleado en su crianza y con los valores y creencias que le fueron inculcados: *“Mi abuela era muy impositiva”; “Fue una familia con los valores que yo no hubiese querido que tuviera.”* Se evidencia una concepción tradicional de los roles de género en la abuela, concepción que fue transmitida a la sujeto y que reprodujo con su accionar en estas etapas de su vida: *“Me casó a los 17 años con un novio que yo no quería (...)ella me obligó.”; “Mi abuela más bien me enseñaba que en el matrimonio estaba la cúspide de la mujer y en tener hijos porque eso fue lo que le inculcaron a ella y ella a sus hijas y después a mí.”; “Yo quería ser artista coger una beca de arte y ella me decía que no que eran las prostitutas las que hacían eso.”; “Me inculcaron que la mujer tenía que ser subordinada al hombre que todo tenía que girar alrededor de él por eso me obligaron a los 17 años a casarme.”* Poseía sentimientos de frustración constantemente, pues la realización de sus proyectos se quebraban por las creencias de sus abuela, la cual constituyó un fuerte obstáculo que no venció, en tanto asumió un comportamiento subordinado a sus mandamientos, situación que le generaba sentimientos de malestar: *“Después me incliné para enseñar, quería ser maestra y no me lo permitió porque tenía que irme para Minas del Frio y cada vez que yo quería ella no me dejaba, después quise ser médico y nada entonces yo estaba subordinada a las decisiones de ella, yo lloraba mucho y me sentía infeliz.”*

Además no contó con una estabilidad en términos de hogar, condición que le ocasionó constantes insatisfacciones y afectos negativos: *“No teníamos una vivienda fija vivíamos como los gitanos. Mi abuela tenía ocho hijos un tiempo en casa de un hijo en oriente, otro tiempo en Pinar del Río en casa de la otra hija, y así nos íbamos cambiando de casa en casa de tiempo en tiempo porque no teníamos una vivienda fija”; “Yo era una niña muy triste.”*

S5 fue víctima de acoso sexual y violencia física por parte de sus familiares, experiencias que fueron vivenciadas con malestar y que son significativas en su historia de vida: *“Una cosa importante en mi infancia y mi adolescencia es que familias más quisieron abusar de mi de niña y de joven... mira todo lo que yo pasé, como vivíamos un tiempo en casa de un familiar y otro ahí mismo pasaban las cosas siempre hubo asedio sexual sobre mí.”*; *“Mi abuela (...) me avergonzaba delante de las persona porque me daba galletas y trompones.”* A pesar de las insatisfacciones asociadas con el actuar de su abuela la sujeto expresa hacia ella sentimientos de agradecimientos: *“Fue la única que me ayudó y gracias a ella pude hacer mi carrera universitaria y lograr la superación laboral y estudiantil.”*

Queda evidenciada la insatisfacción que posee la sujeto con su historia familiar, específicamente la enmarcada en los períodos de la infancia y la adolescencia : *“Bueno yo no me siento totalmente satisfecha porque me hubiese gustado tener una niñez y una juventud diferente a la que tuve (...)”*. Los recuerdos de esas vivencias actualmente le generan sentimientos de angustia que se reflejan en el tono afectivo con el cual se refiere a las mismas.

En los momentos presentes el área familiar le provee a la sujeto insatisfacciones vinculadas a las relaciones conflictivas que mantiene con su único hermano, las cuales siempre han reflejado este carácter: *“Las relaciones entre nosotros no eran buenas.”* Otra insatisfacción se relaciona con la separación física existente con figuras significativas para ella. No establece relación con su madre desde hace 5 años, separación ocasionada por su hermano, en tanto le prohíbe a su madre establecer vínculo con la sujeto, esto lo vivencia con malestar y sentimientos displacenteros: *“Por otra parte mi hermano y mi mamá viven aparte. Mi hermano se llevó a mi mamá de mi casa por celos y por muchas cosas familiares que siempre hubo y le tiene prohibido a mi mamá que nos vea y nos tiene prohibido ir a su casa para ver a mi mamá, hace cinco años que yo no veo a mi madre, mi mamá llora y sufre y nosotras también y mucho.”* También está separada de su hijo; este emigró hacia otro país, lo cual es fuente de malestar en tanto presenta necesidades vinculadas a él insatisfechas como las de afiliación y afecto. Además desea estar cerca de él para serle útil mediante la

entrega de apoyo y cuidados: *“Me gustaría tener cerca a mi hijo, para poder ayudarlo, ahora él está enfermo y saber que está lejos y yo aquí me pone mal.”; “Él vive lejos, vive en Francia y no lo puedo ver y eso me da mucho dolor.”* Anhela un cambio político-económico en la estructura social del país en tanto percibe en este cambio una solución a esta situación proveedora de insatisfacción: *“(…) que haya un cambio social y político en la política económica del país que permita que mi hijo que está afuera de Cuba por problemas económicos pueda venir para acá, seguir trabajando como él trabajaba y ganar lo que él pueda y vivir la familia unida.”*

Otra insatisfacción está dada por la percepción acerca del desempeño del rol de madre en sus inicios, percibe que no ejerció de forma favorable este rol en tanto se dedicó a su superación profesional y delegó las responsabilidades del cuidado de sus hijos en su abuela: *“Me hubiera gustado no haber quemado etapas, a ver hecho una carrera universitaria antes de tener a mis hijos para cuando lo hubiese tenido en la edad que debía haberlos tenido tener la experiencia, ya yo tuviera mi carrera universitaria y me hubiese podido dedicar más a estar al lado de ellos, esa es una insatisfacción.”*

S5 también encuentra insatisfacción en tanto percibe que no cuenta con el apoyo familiar para solucionar sus problemas. Además presenta necesidades insatisfechas en este ámbito como son las de afecto y comprensión: *“(…) son la familia que no tengo.”; “De mi hijo única y exclusivamente, como familiar mi hijo.”*

Las relaciones que establece con su hija en ocasiones se tornan conflictivas generándole insatisfacción; no controla las emociones negativas que emergen ante comportamientos desajustados de la misma. Esto ocasiona que sus respuestas comportamentales no sean las apropiadas para enfrentar estas situaciones, lo que demuestra que la sujeto se encuentra en un proceso de adaptación a su rol de cuidadora de una persona con Esquizofrenia. Su reacción inadecuada viene aparejada de sentimientos de culpa y angustia por el comportamiento manifiesto que luego valora como inapropiado: *“En algunos momentos mi hija hace que pierda la paciencia y le grito y discutimos porque me molestan algunos comportamientos de ella y yo le explico que tiene que cambiar pero ella no entiende y le grito. Después que la situación se*

calma me doy cuenta que ella está enferma y que yo no debí comportarme así, me siento culpable por mi forma hacia ella.”

La sujeto encuentra satisfacción en el área en tanto está conforme con la distribución de las tareas domésticas, que aunque recaen la mayoría en ella no lo vivencia como una sobrecarga; percibe como un logro haberse adaptado a las exigencias que le impone el rol de ama de casa, para las cuales no estaba preparada porque mientras trabajó no realizó las tareas del hogar, eran el deber de otras personas (su madre cuando vivía con ella o de otras mujeres a las cuales le pagaba una mensualidad): *“yo tuve que cortar todas esas relaciones y hacerle un cambio brusco en mi vida, asumir todas las labores de un hogar, todas las responsabilidades que no tenía porque las delegabas y las pagabas para que me las hicieran, entonces yo decidí no pagarle a nadie y asumirlas yo me desvinculé totalmente de la vida laboral y asumí toda mi responsabilidad de cuidadora y al frente de una casa.(...)y haber logrado adaptarme a ser ama de casa ha sido un logro”.*

En este proceso de adaptación de la sujeto a sus nuevas condiciones de vida ofrecidas por el rol de cuidadora sus creencias religiosas son un factor determinante, en tanto encontró apoyo emocional y práctico en sus hermanos de fe para enfrentar las dificultades de este período: *“Me ayudado mucho la fe y la ayuda de los hermanos, el amor de Dios me ha hecho que yo me crezca y la palabra de Dios y de mis pastores que han sido incondicional conmigo, me han ayudado mucho a fortalecerme y estos momentos siento paz, tranquilidad y fortaleza.”*

La sujeto vivencia como otra satisfacción el apoyo que le ofrece su hijo para la realización de las tareas como cuidadora, en tanto constituye el único familiar que la asiste. La ayuda que le brinda es económica, le envía una mesada que le sirve para cubrir sus necesidades básicas y de otras índoles: *“De mi hijo única y exclusivamente, como familiar mi hijo.”; “(...) mi hijo me apoya monetariamente y con todo lo material.”; “El único apoyo que tengo es el de mi hijo, de todo, lo que nos haga falta material. Él viene a vernos todos los años hasta dos veces al año, él es un hijo muy bueno y ama mucho a su hermana, ellos se llevan muy bien y eso me da alegría. Yo amo a mis hijos.”* Se evidencia otra satisfacción en términos de las relaciones afectivas positivas

que existe entre sus hijos y los sentimientos de amor que caracterizan al vínculo que se establece entre los tres.

El área laboral actualmente no es una esfera de actuación de la sujeto pero se hará referencia a ella por la gran significación que posee para S5 en tanto constituyó la esfera de su vida donde se sintió plenamente realizada, fue fuente de cuantiosas satisfacciones y estados emocionales positivos configurándose como una esfera potenciadora de su bienestar psicológico y además porque fue una de las áreas que más sufrió las consecuencias negativas del ejercicio del cuidado. La sujeto en el ámbito laboral logró satisfacer sus necesidades de autorrealización y autosuperación, necesidades superiores que se convirtieron en fuertes movilizadores de su comportamiento. La mayoría de los logros alcanzados en su vida se asocian a este ámbito: *“Bueno yo nunca aspiré a tener cargos realmente altos, llegué a ser directora y gerente de una asociación económica de Suchel Tropical (...)yo era la que representaba esa sociedad en la parte cubana, yo considero que esa fue mi mayor realización.”*; *“(...) cuando yo salí de la contabilidad y empecé en la gerencia de venta fue mi mayor realización.”*; *“(...)pasé posgrados, otros estudios colaterales, siempre que había un curso yo lo cogía siempre hubo en mi anhelo de superación.”* Presentaba una motivación profesional que se refleja en el tono afectivo positivo que emplea cuando se refiere a la misma, además posee un dominio y conocimiento del contenido de trabajo y una adecuada autovaloración sobre sus capacidades reales y potencialidades en relación con su quehacer laboral. El trabajo le daba sentido a su vida y en él pudo satisfacer otra de sus necesidades, la de reconocimiento social: *“Me sentí reconocida porque considero que hice un buen trabajo porque me gustaba mucho el trabajo de venta de máquetin y si tuve mi satisfacción y me reconocieron los resultados.”*

Su insatisfacción en el área estuvieron condicionadas por la defensa de sus valores morales lo cual trajo discrepancias con algunas personas del centro laboral: *“Desgraciadamente en esos sectores donde hay tantos recursos hay mucha ilegalidad esos fueron mis mayores problemas el enfrentamiento al delito y a lo mal hecho.”*; *“(...*

entonces eso me trajo problemas desde el punto de vista de divergencias bastante fuertes.”

Asumir el rol de cuidadora ocasionó que S5 presentara ausencias laborales y que su actividad profesional fuera interrumpida en diversas ocasiones, situación que le generaba sentimientos de malestar: *“Yo tenía que pedir licencia porque yo en todos los ingresos estaba al lado de ella y sin embargo me consideraban, yo me tenía que desvincular laboralmente, (...)me tenían en una angustia (...)en la etapa que ella vino para Cuba enferma me fue difícil cumplir con mi trabajo como requería el cargo de dirección que yo tenía, con todos los problemas familiares que yo tenía fue muy difícil balancear eso.”* La sujeto cuando asume el rol de cuidadora principal de su hija se jubiló antes de la edad correspondiente. Este proceso de toma de decisión no fue una vivencia placentera, por el contrario le generó sentimientos de angustia pues estaba renunciando a la esfera de su vida que mayor satisfacción le generaba por asumir un rol donde el cumplimiento de un compromiso moral y los sentimientos positivos que posee hacia su hija fueron los determinantes de la decisión tomada: *“Yo he tenido que desprenderme de mi trabajo que lo amaba que me gustaba, yo tenía un cargo de dirección, yo trabajaba en todo lo que era venta, márketing, publicidad, era una parte de lo que yo estudie que me gustaba mucho (...)y me costó mucho trabajo, desprenderme de todo eso para concientizar que yo tenía en primer lugar poner a mi hija, que nadie la podía cuidar mejor que yo porque las personas que yo le pagaba no tenían el amor y el cuidado que tengo yo ahora con ella.” ; “El problema de mi hija principalmente lo que me ha traído es que yo tuve que dar un corte antes de tiempo en mi vida laboral porque era o poner a mi hija en manos de una persona que yo le pagara para que me la cuidara o yo dejara mi trabajo(...).”*

En el área material la sujeto halla satisfacción aunque no le confiere tanta importancia como a otras esferas, abogando que ella presenta necesidades espirituales y no materiales, juicios críticos que son resultado en parte de los presupuestos de su religión: *“Mi necesidad son cosas espirituales,(...)no me siento con necesidad material, porque lo material no es lo que me llena(...).”* Las satisfacciones y estados emocionales placenteros se asocian a que la sujeto percibe que posee lo necesario

para vivir, que tiene una vida material asegurada y que su situación económica actual es prospera, la cual está sustentada por la ayuda económica que le ofrece mensualmente su hijo: *“Yo soy la que tengo la planificación económica, tengo mi pensión, mi hija no recibe nada y mensualmente mi hijo me manda dinero (...) yo planifico muy bien mi vida y con el dinero que él me manda y con lo poco que yo gano porque me jubilé con menos de lo que me tocaba por haberme retirado antes de tiempo y he logrado una planificación donde no carecemos de las cosas necesarias y eso me da tranquilidad, al menos saber que no me falta las cosas básicas me hace sentir bien(...).”Aquí hay comodidades, yo tengo todas las necesidades materiales suplidas, mi hijo contribuye a la comodidad.”*

La sujeto actualmente no posee una relación de pareja, evento que vivencia como una insatisfacción pues constantemente en el proceso investigativo reflejó la necesidad de tener una pareja en ras de suplir necesidades insatisfechas como las de afecto y apoyo emocional: *“Yo buscaba la pareja no solamente para el sexo sino para que me diera el afecto y el amor que yo no tenía.”; “El tener una familia disfuncional me hizo buscarme siempre una pareja ideal que me diera el afecto y el amor de una padre, de un amigo, de un esposo y yo buscaba eso.” ; “Me gustaría una pareja de un hombre que nos acompañáramos, que nos amáramos como dos personas que no primara el sexo aunque lo hubiese pero que el sexo no fuera lo fundamental sino el afecto, el amor y la integridad.”; “Mis principales necesidades son de afecto, cariño, de amor, de ayuda, de comprensión un poco de descansar todas mis responsabilidades, balancearlas con una persona que me ayude.”; “No me siento satisfecha porque yo quería en esta etapa de mi vida tener un buen compañero al lado mío.” El propio argumento de su aceptación de Dios se refleja también como un elemento que utiliza como justificación esencial para aceptar las situaciones de su vida y que le facilita su confianza en el futuro y en su mejoría: *“Yo estoy en manos de Dios de que él determine si hay una pareja para mí y que sea el hombre que yo necesite y si no la hay me quedare así.”; “(...)tengo la esperanza que llegue porque así tuviera un mayor equilibrio en mi vida pero solo Dios sabe si llegará.”**

Esta es un área de la vida de la sujeto a la cual se asocian disímiles insatisfacciones marcadas por su historia de relación de pareja. Una insatisfacción está dada por su primera relación matrimonial, se casó por obligación y no tuvo una preparación para enfrentar la vida en pareja: *“Yo me casé con un paño en los ojos nadie nunca me explicó de cómo iban hacer las cosas (...)”*. Poseía temores vinculados con la sexualidad humana lo cual le generó sentimientos de angustia y malestar, estos miedos fueron instaurados en su infancia y adolescencia por los tabúes que su abuela le inculcó y por el acontecimiento de situaciones traumáticas en su vida que fueron determinantes en la formación de su identidad sexual: *“Tenía terror hacer algo en la etapa de novio (...) entonces tuve temores al principio (...)el acoso sexual también marcaron en mi cosas difíciles de vencer.”* Además las relaciones sexuales no fueron vivenciadas con satisfacción: *“Con el padre de mis hijos fueron negativas porque no era un hombre cariñoso, no era un hombre que en el sexo hacia preparaciones preámbulo que hay que hacer no todo es la penetración y en él no encontré ese amor y él fue mi primer marido y eso me marcó y me trajo traumas.”*

En sus posteriores relaciones matrimoniales la sujeto encontró vivencias satisfactorias por el vínculo que estableció con sus esposos basado en sentimientos de amor y comprensión y en una comunicación efectiva. Además con estas parejas las relaciones sexuales fueron vivenciadas con satisfacción: *“(...) también tuve matrimonios de esposos maravillosos muy comprensibles que sexualmente nos llevábamos muy bien y verdaderamente tuve muchas satisfacciones en dos matrimonios.”*

A pesar de estas vivencias placenteras S5 también experimentó insatisfacción en estas relaciones de pareja asociadas al momento de su culminación, en tanto constituyeron crisis paranormativas provocadas por el fallecimiento de sus cónyuges. Estos acontecimientos se acompañaron de sentimientos de angustia y malestar: *“(...)pero tuve mis satisfacciones con buenos esposos, nos llevábamos muy bien, había comprensión y comunicación y nos queríamos mucho, a los dos los quise mucho y ellos a mí pero también tuve la infelicidad de que se me murieron, dos veces enviudé y eso también me hizo muy infeliz verdaderamente.”*; *“Sí encontré satisfacción en parejas que tuve y viví la realización pero desgraciadamente en los que más encontré*

esa realización fueron los dos matrimonios que perdí eso también me marcó porque me sentí desdichada vivían conmigo casados y eran hombres magníficos uno murió en un accidente y el otro de un infarto masivo.”

En el área personal se encuentran satisfacciones asociadas a la conformidad y aceptación de sus características físicas y psicológicas. Se aprecia una autovaloración adecuada, presenta confianza en sí y refleja una apropiada autoestima, se valora útil y necesaria para las otras personas y siente que goza de tanto valor como cualquier otro: *“Yo nunca me vi menos que los demás”*.

La sujeto reconoce que la labor del cuidado ha tenido un impacto en su ámbito personal a lo cual están asociadas sus principales insatisfacciones en el área. Evidencia insatisfacción con el estado actual de su salud: *“Yo no duermo, tengo pesadillas y eso es desde que estoy cuidando a mi hija, porque esta situación no es fácil.”; “Me afectó mucho psicológicamente.”* Otra vivencia de insatisfacción se relaciona con el abandono de actividades que le generaban placer, se evidencia una repercusión del rol de cuidadora en la planificación de su tiempo libre, el cual es muy limitado según la percepción de la sujeto: *“Esto ha sido un cambio muy fuerte en mi vida que yo no lo tenía previsto ..., pero yo no rechazo mi papel lo he aceptado con valentía, con responsabilidad con el transcurrir del tiempo, pero no es fácil eso conlleva a que uno se prive de cosas por ejemplo de ir al teatro ir al cine hacer ejercicios yo me daba masajes, en general me veo muy limitada con relación a las actividades externas, pero además estas cosas requieren de tiempo y la verdad no puedo estar en dos cosas porque se queda mal.”*

En términos de relaciones sociales, existen satisfacciones asociadas a las presencia de amistades y a la inserción de un grupo religioso. Le atribuye gran valor a estas personas y con ellas satisface necesidades de afecto y apoyo: *“Me siento apoyada por muy buenos amigos y por mis hermanos de la iglesia y los pastores, que han sido la familia que no tengo.”; “Las satisfacciones ver que me tratan con cariño con afecto(...)que me han ayudado cuando he tenido problemas porque yo no tengo familia mi hijo está muy lejos, entonces cuando yo he necesitado ayuda ellos vienen a mi casa me apoyan me ayudan a resolver las cosas, ellos son los hermanos de la iglesia y dos*

amistades”. Se evidencia insatisfacción en el área vinculada con los pocos espacios con que cuenta la sujeto para su socialización y esparcimiento, como consecuencias del desempeño del rol de cuidadora: *“Las únicas actividades que realizo alejadas a la de la casa es ir a la iglesia por la mañana, ya no puedo salir como antes a fiestas y teatros (...) me gustaría poder hacer nuevamente estas cosas.”*

La sujeto le atribuye importancia a esta área en tanto encuentra apoyo para enfrentar sus situaciones problemáticas y satisface algunas de sus necesidades como las de afecto y reconocimiento: *“Yo la considero importante porque esto me hace sentir que no estoy sola me hace sentir que tengo buenas personas que me aprecian, que me reconocen y me hacen sentir bien porque sé que no estoy sola.”*

Conclusiones parciales

-El bienestar psicológico de S5 se encuentra disminuido, como consecuencia de múltiples insatisfacciones en cada una de las áreas de vida, así como el predominio de los estados emocionales negativos.

- El ejercicio del cuidado es desempeñado por el establecimiento de un compromiso moral y un vínculo positivo hacia su hija.

-La religión constituye un elemento favorecer del bienestar psicológico de S5, hacia la cual posee cuantiosas valoraciones de satisfacción.

-la sujeto asocia a su historia de vida numerables insatisfacciones y una afectividad negativa.

-El área laboral y la material figuran como la esferas de la vida que más satisfacción y estados positivos le proporcionan a al sujeto.

-las principales valoraciones de insatisfacción se vinculan con el área familiar, de pareja, de relaciones interpersonales y personal.

Caso VI: Sujeto 6(S6)

Información general

Mujer de 66 años de edad, color de piel blanca, estado civil casada, posee un nivel de escolaridad de técnico medio, jubilada, actualmente es ama de casa. Convive con su esposo y su hijo, este último es el receptor de sus cuidados. Ejerce la labor del cuidado desde hace más de 5 años a tiempo completo. Valora su conocimiento sobre la Esquizofrenia de suficiente y sus ingresos económicos de medios. Cataloga su estado de salud actual de regular, presenta problemas óseos y nerviosos, dolores de cabeza, Diabetes Mellitus II y hipertensión arterial. Percibe que es apoyada para la realización de las tareas del cuidado.

Su hijo es un hombre de 38 años de edad, diagnosticado con Esquizofrenia desde hace 15 años, actualmente está compensado, no ha logrado insertarse en la sociedad. Presenta validismo e independencia para realizar sus necesidades básicas.

Análisis Dinámico

El motivo por el que se asume el cuidado, responde a un compromiso moral, establecido sobre la base de un vínculo afectivo positivo hacia su hijo: *“Lo cuido porque es mi hijo y lo quiero y está enfermo.”* S6 no valora como complejas las tareas del ejercicio del cuidado únicamente le acredita esta condición cuando su hijo se encuentra en un período de brote de la enfermedad: *“Cuando esta compensado no hay complejidad a la hora del cuidado pero cuando entra en crisis sí.”* En estas situaciones especiales la sujeto experimenta con regularidad estados emocionales negativos: *“Yo me siento mal, triste, nerviosa y ansiosa, no es fácil ver a tu hijo así.”*

Las consecuencias y limitantes que le impone la Esquizofrenia a su hijo como persona enferma son proveedoras de insatisfacción para S6: *“Insatisfacciones la enfermedad de mi hijo. Me duele verlo así, es que se enfermó desde muy joven...no va tener una familia, no trabaja, me pregunto si es feliz, es que solo está aquí con nosotros, no hace más nada, no hacen las cosas normales de una persona de su edad, eso es fuerte para mí(...).”*

La sujeto también asocia valoraciones de satisfacción al ejercicio del cuidado, en tanto percibe que está cumpliendo, de forma favorable, con un deber que le corresponde por ser madre, concibe la labor del cuidado como una función inherente a este rol: “(...) *me satisface cuidarlo yo no quiero que él esté así pero es mi hijo y lo cuido.*” Esta percepción entre otros factores puede estar condicionada por su concepción tradicional de los roles de género, el accionar de la mujer lo visualiza en el espacio privado y el del hombre en el espacio público: “*La mujer es la que lleva una casa.*”; “*El hombre es el que lleva el trabajo el que hace el aporte es el de la fuerza.*”

La sujeto valora al estado actual de su bienestar psicológico de desfavorable y reconoce que el rol de cuidadora ha tenido un impacto perjudicial en el mismo en tanto es vivenciado predominantemente con una afectividad negativa: “*Bastante mal. Esto empezó a estar mal cuando empezó la enfermedad de mi hijo es una gran carga en mi vida.*”; “*Si ha impactado, yo no duermo bien siempre estoy intranquila, desesperada, vigilándolo.*”

La sujeto expresa satisfacción con la dinámica familiar, caracterizada por la ausencia de conflictos, relaciones armoniosas, cooperación y apoyo entre sus miembros: “*Bueno en la familia todos nos llevamos bien y todos cooperamos, (...) No existe ningún conflicto.*”; “*Mi familia me apoya en todo, con ellos siempre puedo contar.*” Otra satisfacción en el área familiar se asocia a la distribución de las tareas del hogar, las cuales son compartidas por los miembros de su familia: “*Si estoy satisfecha con la distribución de las tareas, es que todos trabajamos.*” “*Cuando estoy con mi familia me siento bien.*”

En el área de pareja la sujeto es donde vivencia mayor realización, percibe que su matrimonio ha sido un logro en su vida. Experimenta satisfacción y estados emocionales positivos con la dinámica de su relación de pareja, la cual se sustenta en fuertes sentimientos de amor y comprensión: “*(...) somos un matrimonio feliz.*” Además encuentra satisfacción en la historia de las relaciones sexuales que ha mantenido con su esposo: “*Son positivas, siempre han sido así buenas.*”

S6 vivencia satisfacción con la correspondencia que percibe entre las características y cualidades psicológicas de su esposo con las de su ideal de pareja: “*Él es mi*

ideal.” Otra satisfacción en el área está dada por el apoyo que recibe de su esposo, el cual constituye una significativa figura dentro de su red de apoyo, en tanto le brinda un esencial sostén emocional y operativo en la resolución de sus situaciones conflictivas y en la realización de las tareas del cuidado: “(...)él es mi todo”; “Él siempre me apoya.”; “(...) si no fuera por el estaría loca”

El rol de cuidadora no ha tenido un impacto notable en esta área de la vida de la sujeto, solo se puede hacer referencia a los años iniciales por la no aceptación de su esposo de la enfermedad de su hijo: “Es buena hemos tenido desavenencias con lo de la enfermedad porque no entendía la enfermedad hasta que lo aceptó pero por lo demás todo bien.”

En el área laboral la sujeto actualmente no se desarrolla. Se jubiló en el periodo etario correspondiente, fue un proceso natural que no fue determinado por las exigencias del rol de cuidadora. Esta esfera de la vida no resulta relevante para la sujeto, a la cual le atribuye una pobre importancia en comparación a las demás esferas. Esta valoración puede ser explicada entre otros aspectos por la escasa motivación profesional que poseía la sujeto, resultado de un inadecuado proceso de elección de carrera determinado en parte por algunas cualidades psicológicas de la sujeto como la inseguridad: “(...) fui escogida para estudiar medicina lo que le cogí miedo yo era muy jovencita, entonces cogí tecnológico.”; “(...) cogí el tecnológico pero no tenía ninguna motivación.”

La sujeto experimentó satisfacción con las relaciones que estableció con sus compañeros de trabajo y sus superiores, las cuales poseían un carácter armonioso: “Yo me sentía bien en mi trabajo me llevaba bien con mis compañeros (...); “(...) siempre me respetaron además llevábamos muchos años juntos trabajando y nunca existieron conflictos, todos nos ayudábamos. También refleja juicios de satisfacción con la remuneración salarial que poseía: “Era buen salario para ser técnico.”

El rol de cuidadora le exigió ausencias y una desvinculación con su ejercicio de la profesión en varias ocasiones, producto de las etapas de brote de la enfermedad de su hijo que reclamaban un desempeño del rol a tiempo completo: “(...) yo pedía licencia en el trabajo para poder atenderlo.” Esta estrategia de afrontamiento que suponía una

afectación en términos de realización profesional y monetaria no fue vivenciada con insatisfacción pues la sujeto estaba cumpliendo con un deber del rol de madre, que la enaltecía moralmente.

En el área de relaciones interpersonales la satisfacción está dada por la presencia de algunas amistades y el apoyo que le brindan en la resolución de sus situaciones problemáticas y para la realización de las tareas del cuidado: *“Bueno con las pocas amistades que tengo me siento bien, estoy satisfecha.”*; *“Si los pocos amigos que tengo me han ayudado mucho me han dado mucha terapia se brindan para todo.”*

La insatisfacción en área se relaciona con el abandono de espacios donde satisfacía sus necesidades de esparcimiento y socialización como resultado de las exigencias del rol de cuidadora: *“Si aunque yo de cuidadora iba al Taichí ya hace unos años que no he podido ir más porque el horario de su medicamento me coincide con los ejercicios y era mucha la preocupación y los dejé aunque quisiera volver a ir.”* Esta mediatización reflexiva fue expresada con un tono emocional negativo que denotaba tristeza. La sujeto solo ha visualizado una alternativa en aras de potenciar su bienestar psicológico, la cual hace alusión a su reincorporación al grupo de Taichí, esto demuestra la importancia que le atribuye S6 a los espacios de esparcimiento como elementos favorecedores de su bienestar: *“Yo lo que he pensado en volver a incorporarme en mis actividades a mi Taichí.”*

A la esfera material se asocian insatisfacciones relacionadas con la situación económica actual de la sujeto quien la cataloga de desfavorable. Además percibe que no tiene un futuro económico garantizado, percepción que es vivenciada con insatisfacción y sentimientos de malestar.

El área personal es fuente de cuantiosas insatisfacciones y estados emocionales negativos para S6 y es la esfera de la vida más afectada por el rol de cuidadora. Se aprecia una estrechez de motivos, la sujeto los asocia a las figura de sus dos hijos y a su esposo: *“Mi sentido de la vida es vivir para mi esposo y mis hijos.”*

La sujeto no orienta actividades y planes hacia una temporalidad futura, no se evidencia proyectos futuros en ninguna de sus áreas de actuación. Posee un deseo

que su realización se encuentra dirigida hacia esta temporalidad y que tiene como centro la figura de su hijo: “(...)solo asegurar económicamente a nuestro hijo cuando no estemos dejarle lo poco que tenemos”

Este anhelo devela aspectos interesantes, se evidencia un abandono del área personal de la sujeto en aras de priorizar otras funciones y tareas que distan de ser ella el centro y beneficiada directa de las misma. Además aflora un sentimiento de angustia y malestar vinculado con el futuro, en tanto es percibido como inseguro e incierto, percepción que puede estar explicando su falta de proyección hacia él. También se visualiza sentimientos de preocupación con respecto al futuro de su hijo una vez que ella y su esposo no puedan ofrecerle los cuidados: “(...) me siento triste, pienso mucho en cuando no esté yo que será de él.” Esta reflexión puede está determinada por el periodo del desarrollo en el cual se encuentra dónde comienza hacerse frecuente la mediatización sobre la muerte.

La sujeto manifiesta una baja autoestima, condición que reconoce: “Bueno mi autoestima está por el piso”, y que expresó durante todo el proceso investigativo mediante indicadores como el tono de voz que siempre fue bajo, la postura que no fue erecta. Además no posee confianza en sí, muestra inconformidad con sus características físicas y sobresale como un rasgo característico de su personalidad la inseguridad. Estos elementos aluden a una autovaloración inadecuada, elemento que puede configurarse entorpecedor de un adecuado bienestar psicológico.

La sujeto refiere como otra insatisfacción el impacto desfavorable que ha tenido el rol de cuidadora e su estado de salud: “Si ha impactado, yo no duermo bien siempre estoy intranquila, desesperada, vigilándolo.”; “Me siento alterada.” Además se develan los estados emocionales negativos que acompañan el desempeño de este rol, que en última instancia se refieren a sus afectos habituales: *La mayoría de las veces no me siento bien, me siento deprimida, me siento triste (...).*”

Otra repercusión del ejercicio del cuidado en su estado de salud se asocia a la poca atención que le brinda a sus padecimientos: “Soy diabética no tengo tiempo ni de hacer dieta yo como lo que hay no puedo”. Esto devela como la sujeto prioriza el cuidado de

la salud de su hijo en detrimento de la suya, lo que puede ser consecuencia de su poca percepción de riesgo ante las complicaciones de sus padecimientos.

Otra insatisfacción se vincula con la repercusión de la labor del cuidado en la planificación de su tiempo, el cual se destina esencialmente a la atención de su hijo y la realización de las tareas del hogar: *“No tengo tiempo para mí.”*

Conclusiones parciales

-En el bienestar psicológico de S6 su disminución se asocia a la asunción de la responsabilidad del cuidado, la cual es vivenciada con una predominancia de estados emocionales negativos e insatisfacciones que se expresan esencialmente en el área personal y de relaciones interpersonales de la sujeto.

-La sujeto asume el rol de cuidadora por un compromiso moral basado en un vínculo positivo hacia su hijo.

-El ejercicio del cuidado le provee a la sujeto cuantiosas insatisfacciones y estados emocionales negativos.

- Posee apoyo para la realización de las tareas del cuidado.

- Cuando su hijo se encuentra en un periodo de brote de la enfermedad el ejercicio del cuidado es percibido con mayores niveles de complejidad.

- Las principales valoraciones de satisfacción se expresan en el área familiar y de pareja.

-Las áreas donde se encuentran las insatisfacciones son el área material, de relaciones interpersonales y la personal.

Caso VII: Sujeto7 (S7)

Información general

Mujer de 84 años de edad, color de piel blanca, estado civil casada, grado de escolaridad universitaria, jubilada. Convive con su esposo y su hija, receptora de sus cuidados. Ejerce la labor del cuidado desde hace más de 5 años a tiempo completo. Posee conocimiento acerca de la Esquizofrenia. Valora como altos sus ingresos económicos. Presenta problemas óseos y cardíacos. Recibe apoyo para la realización de las tareas del cuidado.

Su hija es una mujer de 59 años de edad, diagnosticada con Esquizofrenia desde hace 38 años. Actualmente está compensada y no ha logrado insertarse en la sociedad mediante una actividad laboral. Presenta validismo e independencia para realizar sus necesidades básicas.

Análisis dinámico

El principal motivo por el que se asume la responsabilidad del cuidado, responde a un compromiso moral establecido sobre la base de un fuerte vínculo afectivo positivo hacia su hija: *“La cuido porque es mi hija, y yo la quiero mucho, yo soy su madre y no puedo dejarla sola.”* La sujeto experimenta satisfacción al dar cumplimiento a una función que es percibida como un deber del rol de madre, percepción que refleja su concepción tradicional de los roles del género.

La sujeto percibe que su bienestar psicológico está afectado principalmente por las limitantes que le impone el período del desarrollo en el cual se encuentra, aunque no deja de reconocer la influencia de otros factores determinantes de sus deficiencias como es el rol de cuidadora: *“En mi caso el bienestar psicológico está afectado por la edad y por los problemas y eso afecta mi estabilidad.”*; *“Yo considero que mi bienestar psicológico era bueno y ha mermado por la falta de estabilidad(...)Es el envejecer el mayor causante de mi inestabilidad a pesar de tener que cuidar un enfermo. Uno va perdiendo las fuerzas y ya no se puede responder con la misma posición que antes. (...) son 40 años de enfermedad, yo no digo que no me influya pero no es lo básico, para mí lo básico es la limitación de la vejez.”*; *“Yo considero que el deterioro en mi bienestar psicológico tiene que ver más con las limitaciones por mi edad, con la vejez (...).”*

S7 evidencia bajos niveles de adaptación al período de la adultez mayor, es vivenciado como una etapa proveedora de pérdidas especialmente para su área personal y de relaciones interpersonales, esto puede explicar la importancia que le atribuye a este período como factor determinante del actual estado de su bienestar psicológico, suscitando una tendencia hacia su disminución por las insatisfacciones y estados emocionales negativos que le son asociados.

La sujeto percibe que actualmente el rol de cuidadora no posee tanta influencia en su bienestar psicológico, lo que puede estar explicado por los niveles de adaptación que manifiesta hacia el mismo. Se aprecian factores internos y externos que intervinieron en el logro de estos niveles de adaptación, entre los primeros figura su capacidad de reestructuración del campo, ha reorganizado su comportamiento ante la situación generada por la enfermedad de su hija. En el segundo grupo se encuentran algunas condiciones de su entorno como es el apoyo que recibe de su familia y pareja para la realización de las tareas de la labor del cuidado: *“(...) la familia también sirve de apoyo para la estabilidad ella ayuda mucho al igual que un buen matrimonio, en si la estabilidad depende mucho de las circunstancias que una viva.”* *“Antes la enfermedad de mi hija afectó un poco mi estabilidad (...) y si al principio fue un fuerte impacto la enfermedad porque fue con 21 años pero gracias a mi trabajo, mi esposo, mi familia lo superamos.”* Otro factor está vinculado con un suceso que aconteció en la etapa inicial del desempeño de este rol, una amiga sufrió la pérdida física de su hijo adolescente a causa de una enfermedad, este acontecimiento fue vivenciado con profundos sentimientos de angustia y malestar por la sujeto, la cual incorporó este evento como patrón de comparación con su condición como cuidadora, percibió que otras personas se encontraban en situaciones más desfavorables y que debía adaptarse a sus nuevas condiciones de vida: *“Sí la estabilidad depende mucho de las circunstancias que una viva.”*; *“Desde que mi amiga perdió a su hijo a causa de la leucemia, yo comprendí que otras personas estaban sufriendo más que yo y que por lo menos mi hija estaba viva, desde entonces cambié mi forma de ver la situación(...) e incorporé a mi vida esta situación y ya la veo como algo más de mi vida, como algo que es parte de ella y tengo que vivirla como algo normal.”*; *“(...)si yo tuviera más movimiento hiciera más cosas si tuviera más energía(...) ya no tengo el mismo movimiento y eso me dificulta.”*

Todos estos factores intervinieron de forma favorable en su proceso adaptativo al rol de cuidadora, constituyendo posibles factores potenciadores de su bienestar psicológico: *“Me afectó pero logré asimilar ese problema me adapté a ella, yo a ella la considero como parte de mí no la rechazo, yo logré aceptarlo como parte de mi vida.”*

Para S7 el ejercicio del cuidado es complejo: *“Es muy difícil, es muy muy difícil (...)”*, el cual le genera insatisfacciones asociadas a los períodos de brote de la enfermedad de su hija, los cuales son vivenciados como una experiencia generadora de estrés y sentimientos de malestar: *“(...) cuando hay crisis yo también me estreso y me altero.”* Otra insatisfacción está dada por la incertidumbre que posee sobre la efectividad de su desempeño como cuidadora en tanto no recibe una retroalimentación por parte de su hija ni de especialistas: *“Tú siempre tienes dudas que si lo que hiciste está bien, hasta que punto hiciste bien, si exigiste bien o demasiado.”*

En su familia encuentra satisfacción en la dinámica existente, basada en fuertes lazos afectivos positivos: *“La dinámica familiar es muy buena.”*; *“Nosotros nos llevamos bien.”* *“(...)lo que pasa es que nosotros supimos crear las condiciones para llevarnos todos bien, que antes todo era mejor porque ahora la edad también nos afecta y nos altera más y se hace un poco más difícil convivir pero en general nos llevamos muy bien.”* Se evidencia su insatisfacción con el período del desarrollo en el cual se encuentra y en el cual delega la responsabilidad de las desavenencias que posee con los miembros de su familia y de la expresión de algunos estados emocionales negativos: *“(...)lo que más nos influye es la tensión con la que a veces vivimos pero eso ya es producto de la vejez ya eso no nos lo quita nadie, la imposibilidad de hacer cosas de depender de los demás todas esas cosas nos tensionan y hacen que a veces nos molestemos pero nada grave.”*

Con la distribución de las tareas del hogar S7 expresa satisfacción en tanto es apoyada para la realización de las mismas por una mujer que recibe una mensualidad, la cual asiste dos días a la semana a su casa y ejecuta algunos quehaceres del hogar: *“La verdad yo estoy muy bien con lo que hago porque recibo ayuda.”*

Otra satisfacción en el área se relaciona con el apoyo que recibe de su familia resolver las situaciones problemáticas y en especial para realizar las tareas del cuidado, lo cual le genera sentimientos de placenteros: *“Me familia me ha ayudado siempre.”*

La emigración de algunos de sus familiares tanto de su familia construida como de la proveniente, una hija y sus dos hermanas, le genera insatisfacción y sentimientos de malestar y añoranza por la separación física con dichas personas: *“La interacción con*

la familia es buena pero va y viene porque algunos están afuera pero casi siempre tratamos de reunirnos aunque no es el mismo de antes.”; “ Bueno yo estoy satisfecha con mi familia pero extraño un poco debido a la separación de que algunos viven en otros países.”

En el área laboral la sujeto actualmente no se desarrolla, es jubilada, pero a ella se vinculan satisfacciones y una afectividad positiva en tanto percibe que le dio sentido a su vida y muchos de sus logros personales se realizaron en esta área: *“Cuando empecé a trabajar logré muchas cosas, estudié bibliotecología después estudié inglés después di clases en Ciencias Médicas en la universidad.”* Además S7 experimenta satisfacción con el contenido y quehacer de su profesión hacia la cual refleja un tono emocional favorable, lo cual devela elementos de su motivación profesional: *“Estoy muy satisfecha a pesar de que me esforcé en los estudios ya después de vieja y me encantó dar clases porque me gustaba enseñar.”*

En un inicio ejercer el rol de cuidadora no repercutió en su ámbito laboral, porque siempre trabajó con un horario abierto, estrategia que creó para enfrentar las exigencias del rol: *“Yo nunca tuve problema con eso porque yo trabajé siempre con horario abierto precisamente para eso para no tener ningún tipo de inconveniente. Cuando la ingresaban yo iba le daba una vuelta por la mañana de ahí iba daba mis clases y de ahí regresaba hasta por la noche, pero además mi familia, me apoyaba y me ayudaba.”* Se aprecia como su familia constituye un elemento significativo en su red de apoyo.

Su etapa laboral llegó a su fin por decisión propia, eligió jubilarse en aras de priorizar el cumplimiento de las tareas del cuidado, esta situación no fue vivenciada con sentimientos de malestar ni es valorada como una insatisfacción en tanto la sujeto siente que hizo lo correcto como madre: *“(…) empecé a pensar en la enfermedad de mi hija y me retiré para llevarla a Francia a ver a una doctora pero nada todo fue en vano.”* Su concepción tradicional de los roles de género pueden estar mediando la toma de esta decisión.

El área personal es la que sobresale como la esfera de su vida más afectada por el rol de cuidadora. En la sujeto se aprecia una pérdida de motivos y una escasa proyección

futura, este último aspecto puede estar mediado por las vivencias que posee relacionadas con el período del desarrollo en el cual se encuentra.

Manifiesta un sentimiento de preocupación asociado a lo que acontecerá con el cuidado y futuro de su hija una vez que ella no pueda ejercer su rol de cuidadora y con su salud en tanto su favorable estado es quien le permite desempeñar dicho rol, en la técnica de los 10 deseos S7 refleja con claridad la existencia de estas insatisfacciones: 1er deseo –No inhabilitarme mentalmente; 2do deseo- Morir después de mi hija enferma que pienso que me necesita y en la entrevista afirma: “(...)lo que yo si deseo es que ella muriera primero que yo porque sé que cómo yo la atiende nadie lo va hacer.” Estos sentimientos de preocupación pueden estar determinados también por una característica de la etapa de la adultez mayor, la mediatización reflexiva sobre la muerte en tanto esta etapa es la última y por la existencia de algunas ideas irracionales sobre la efectividad exclusiva de sus cuidados: “Yo estoy segura que otra persona que tenga que atender a mi hija le va a costar más trabajo que a mí (...) yo tengo un mecanismo creado para atenderla.”

Otra insatisfacción en área se asocia a la repercusión que S7 percibe que ha tenido las limitantes de la adultez mayor en la planificación de su tiempo libre, expresa que sus características físicas propias de la edad que presenta le impiden realizar actividades recreativas que en otras etapas realizaba: “Bueno ya no puedo hacer todas las cosas que hacía antes por la edad.”; “Bueno yo leo mucho pero ya no tengo la recreación que a mí me gusta que era la playa y los teatros ya sabes que por la edad se me dificulta bastante.”

La sujeto experimenta con satisfacción su área material, la cual le genera sentimientos positivos en tanto percibe que tiene lo necesario para vivir y que posee garantizado un futuro económico. Además valora como favorable su actual situación económica: “Yo tengo una buena posición económica.” A esta área le atribuye menos importancia que a las demás esferas de su vida.

En el área de relaciones interpersonales la sujeto encuentra insatisfacción en la pérdida de la mayoría de sus amistades por disímiles acontecimientos, entre ellos figuran la emigración y el fallecimiento, pérdida que es vivenciada con sentimientos

de tristeza y soledad: *“Yo me he quedado sin amistades, muchas se fueron para otros países y otras ya han muerto, quedamos muy poco de mi generación.”*; *“Me siento sola en ese sentido, en saber que mis amistades ya no están que se han muerto(...)no me gusta pensar en eso porque me pongo triste.”*

El área de pareja le provee satisfacciones vinculadas con la dinámica de pareja que mantiene con su esposo, caracterizada por la ausencia de conflictos y un consolidado sentimiento de amor: *“(...)tuvimos un matrimonio feliz hasta ahora lo que pasa que los achaques de la edad y el pasar de los años nos han hecho un poco peleones pero todo bien mi matrimonio es bueno y tuvimos todas las condiciones para propiciarlo.”*; *“Es un buen matrimonio, viejo pero bueno, ya gastado pero bello y salieron frutos hermosos de él.”*; *“Yo me siento satisfecha a pesar de todas las limitaciones que tenemos por los años.”* Se aprecia la inconformidad de S7 con las características del período del desarrollo en el cual se encuentra.

Otra satisfacción está dada por el apoyo que le brinda su esposo para solucionar sus situaciones conflictivas y en especial las tareas del cuidado: *“Si me ha apoyado mucho. El atiende a nuestra hija cuando yo no estoy porque tengo que resolver algún asunto.”*

El rol de cuidadora en sus inicios impactó la relación de pareja, en tanto el diagnóstico de Esquizofrenia dado a su hija fue una vivencia negativa para S7 y su esposo, el cual no aceptó la enfermedad al principio causa de algunos conflictos en su relación matrimonial: *“(...) con de la enfermedad de mi hija el al principio no entendía que sucedía pero yo era muy calmada y lo fui enseñando(...), pero por lo demás no hubo ningún conflicto.”*; *“Nos impactó mucho pero lo superamos y todo estuvo bien y nos apoyamos mucho los dos.”*

Conclusiones parciales

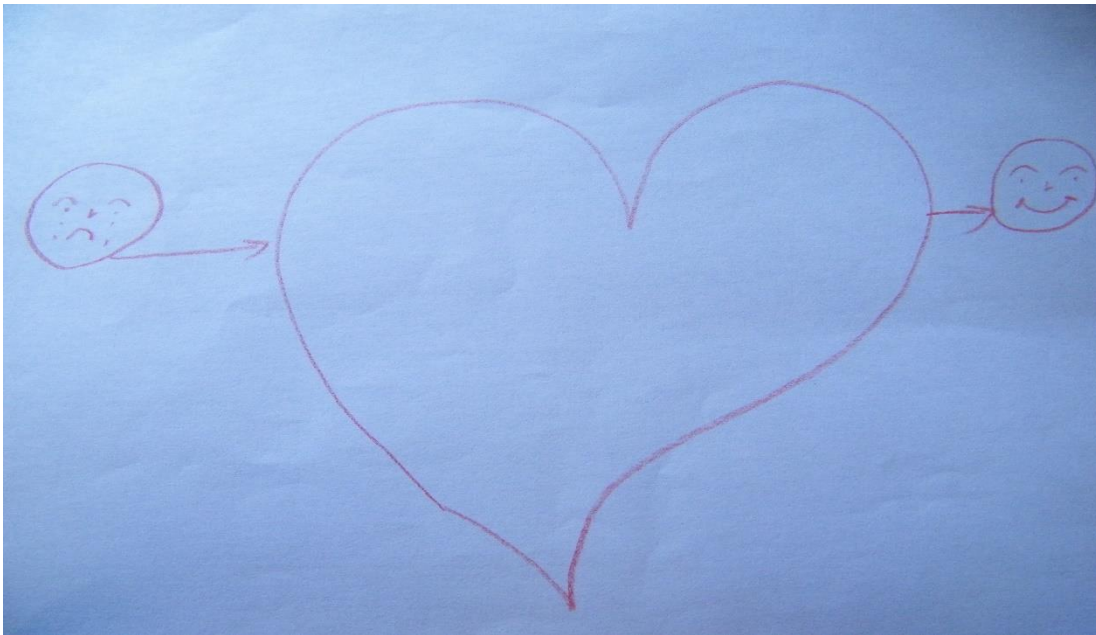
-El bienestar psicológico de S7 se advierte disminuido por las insatisfacciones y afectividad negativa asociadas a limitantes que le impone el período del desarrollo en el cual se encuentra, sin embargo se advierten cuantiosas satisfacciones vinculadas al área familiar, de pareja, laboral y material.

-Asume las responsabilidades del cuidado por un compromiso moral.

-Es apoyada para la realización de las tareas del cuidado.

-Se aprecian múltiples insatisfacciones en el área personal y de relaciones interpersonales.

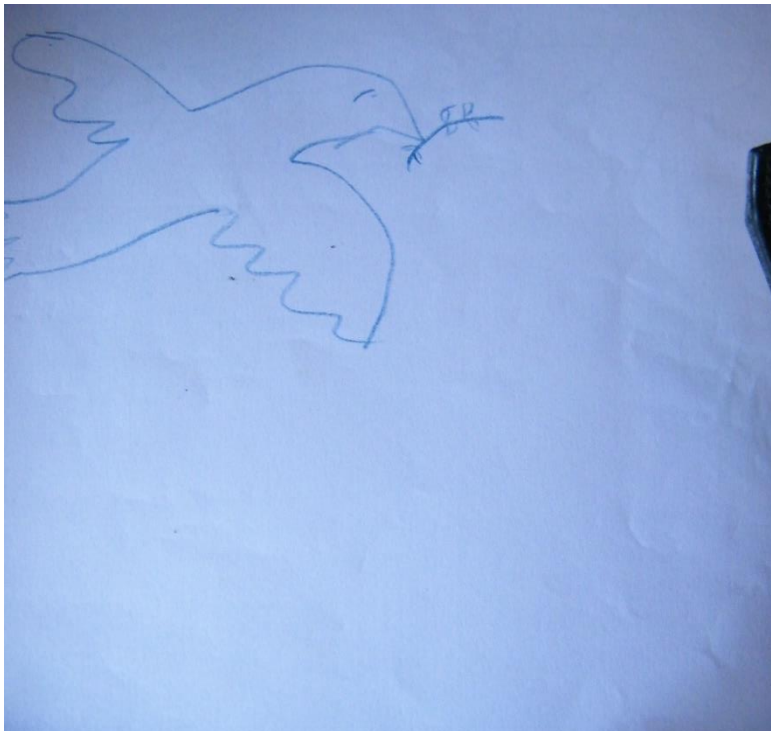
Anexo 15: Dibujos



Dibujo de S5 sobre el significado de la labor del cuidado



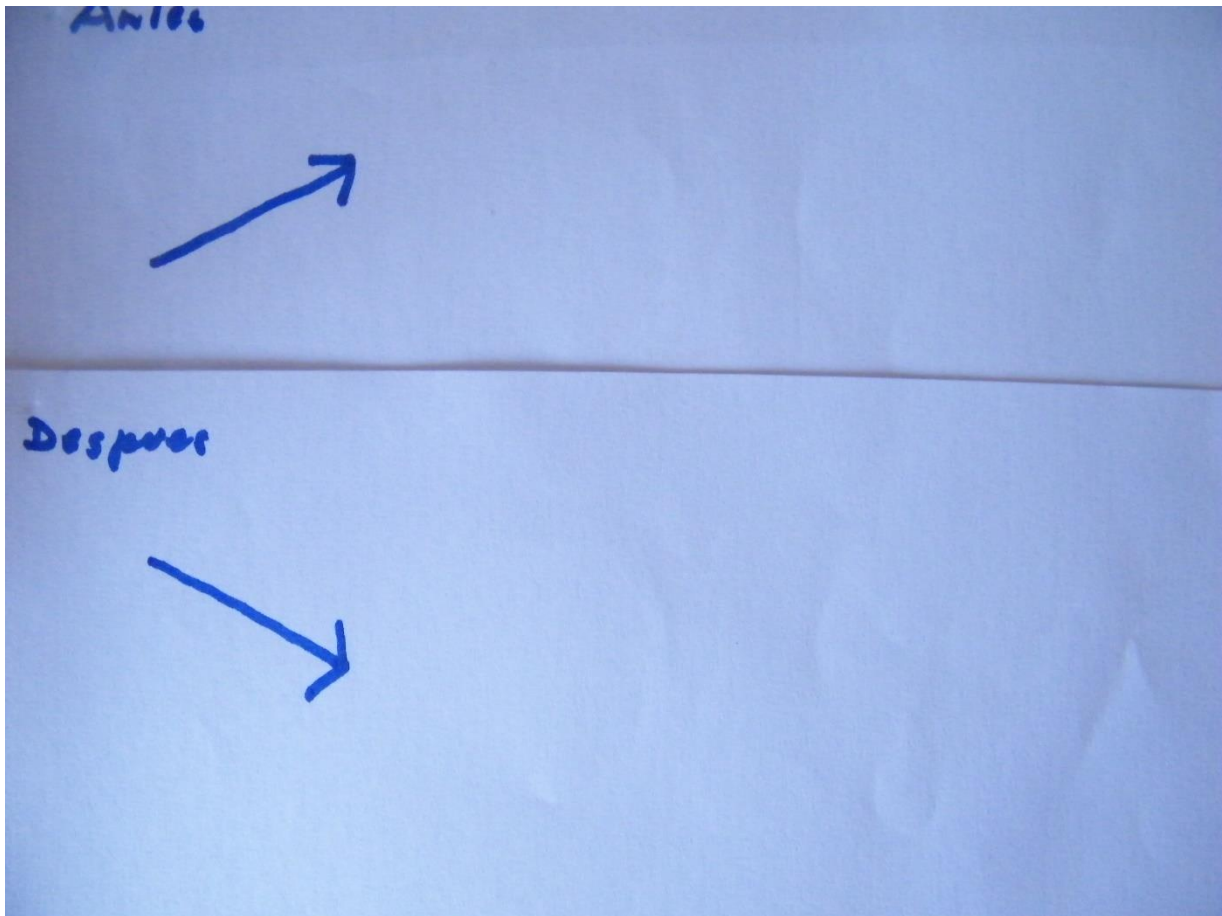
Dibujo de S7 sobre el significado de la labor del cuidado



Dibujo de S5 que refleja su Bienestar Psicológico después de asumir el rol de cuidadora.



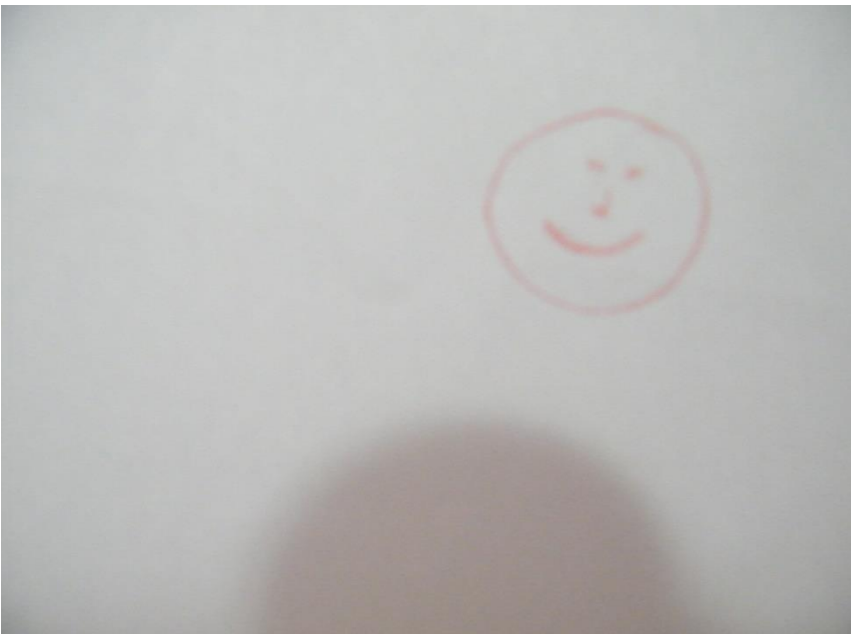
Dibujo de S5 que refleja su Bienestar Psicológico antes de asumir el rol de cuidadora



Dibujo de S3 que refleja su Bienestar Psicológico antes y después de asumir el rol de cuidadora.



Dibujo de S6 que refleja su Bienestar Psicológico después de asumir el rol de cuidadora



Dibujo de S6 que refleja su Bienestar Psicológico antes de asumir el rol de cuidadora