



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Emociones en padres y madres con hijos diagnosticados de EMG que han cometido un acto delictivo violento

Trabajo final de grado

Autora: Carla Martínez Fenoll

Tutor: Manuel Fernández Alcántara

Curso 2016-2017

ÍNDICE

Resumen y abstract _____	Pág. 3
Agradecimientos _____	Pág. 5
1. Introducción _____	Pág. 6
2. Objetivos _____	Pág. 11
3. Material y métodos _____	Pág. 11
3.1. Diseño _____	Pág. 11
3.2. Participantes _____	Pág. 11
3.3. Instrumentos _____	Pág. 12
3.4. Procedimiento _____	Pág. 12
3.5. Análisis de datos _____	Pág. 13
4. Resultados _____	Pág. 13
4.1. Emociones previas al conocimiento del diagnóstico de EMG _____	Pág. 13
4.2. Emociones tras el acto delictivo violento _____	Pág. 15
5. Discusión _____	Pág. 20
6. Conclusión _____	Pág. 23
7. Referencias bibliográficas _____	Pág. 25
8. Anexos	
8.1. Anexo 1: Consentimiento informado _____	Pág. 28
8.2. Anexo 2: Aceptación del proyecto _____	Pág. 29

RESUMEN

Antecedentes: El diagnóstico de enfermedad mental grave (EMG) conlleva en los familiares la aparición de diversas emociones, especialmente negativas, que se relacionan directamente con un deterioro de su calidad de vida. Cuando la EMG se relaciona con un acto delictivo violento aumenta tanto la estigmatización de las personas que la padecen, como los cuidados requeridos por sus familiares, por lo que, en estos últimos, las emociones reportadas pueden ser diferentes y particulares.

Objetivos: El principal objetivo fue el estudio en profundidad de las emociones experimentadas por los familiares de personas con EMG que han cometido un acto delictivo violento.

Método: Se utilizó un diseño cualitativo de corte fenomenológico, a través de entrevistas en profundidad. La muestra de dicho estudio fueron tres familiares de personas con EMG. Se utilizó un análisis temático de carácter descriptivo.

Resultados: El análisis de las entrevistas dio lugar a la aparición de dos categorías principales, “*Emociones previas al conocimiento del diagnóstico*” y “*Emociones tras el acto delictivo violento*”. En ambas categorías predomina la presencia de emociones negativas, como la rabia, la impotencia y la pena/tristeza, aunque en la segunda categoría los participantes también expresan emociones positivas como la alegría y la tranquilidad/alivio.

Conclusiones: En los familiares de personas con EMG que han cometido un acto delictivo violento, aparecen emociones tanto negativas como positivas. Aunque existe cierta consonancia entre las emociones de dichos familiares y las de aquellos cuyo hijo/a padece EMG pero no ha cometido ningún acto delictivo violento, también se observa la aparición de nuevas emociones, especialmente tras el acto delictivo violento, así como la no expresión de otras.

Palabras clave: Familia, enfermedad mental grave (EMG), emociones, esquizofrenia, acto violento.

ABSTRACT

Precedents: The diagnosis of severe mental illness (SMI) causes in relatives the appearance of several emotions, especially negative, which is directly related to a deterioration of their quality of life. When the SMI is related to a violent criminal act, it increases both the stigmatization of people who suffer from it, and the care required by their relatives, reason why, at last, the emotions reported can be different and particular.

Objectives: The main objective was the in-depth study of the emotions experienced by relatives of people with SMI who have committed a violent criminal act.

Method: We used a qualitative design of phenomenological cut, through in-depth interviews. The sample of this study were three relatives of people with SMI. A descriptive thematic analysis was used.

Results: The analysis of the interviews resulted in the appearance of two main categories, "Previous emotions to the knowledge of the diagnosis" and "Emotions after the violent criminal act". In both categories, the presence of negative emotions, such as anger, impotence and grief / sadness, predominates, although in the second category the participants also express positive emotions such as joy and tranquility / relief.

Conclusions: In people's relative with SMI, who have committed a violent criminal act, both negative and positive emotions appear. Although there is some consonance between the emotions of these relatives and those whose children have SMI but did not commit any violent criminal act, here also appear new emotions, especially after the violent criminal act, as well as other emotions which are not expressed.

Key words: Family, severe mental illness (SMI), emotions, schizophrenia, violent act.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer la ayuda ofrecida por mi tutor, Manuel Fernández Alcántara, durante la realización del presente trabajo final de grado, así como el apoyo brindado y las ganas que consiguió transmitirme desde el principio.

También siento gratitud por muchos de los profesores que lograron que mi interés respecto a diversos aspectos, relacionados con la profesión que hace casi cuatro años escogí, se despertase y aumentase cada día.

Por último, me gustaría agradecer tanto a M. Ángeles Fenoll Ribera y a Francisco Martínez López, mis padres, como a Silvia Martínez Fenoll, mi hermana, todas y cada una de las palabras y las sonrisas que me fueron dedicadas, no únicamente durante la realización de dicho trabajo sino durante los cuatro años que ha durado este camino.

1. INTRODUCCIÓN

Durante el presente estudio haremos referencia a la enfermedad mental grave (EMG), la cual se encuentra presente en el 1% de la población y se refiere a aquellos individuos que poseen mayores necesidades de una atención cercana y permanente, bien por las características de la enfermedad, los recursos de los que disponen y/o su situación psicosocial (Acero, Cano-Prous & Canga, 2016). El trastorno mental, se define como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (DSM-V, 2014, p. 20).

Entre las EMG encontramos el denominado “Trastorno de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Se trata de una nueva categoría diagnóstica registrada en el DSM-V y que cuenta con diversos cambios respecto a ediciones anteriores, como nuevos criterios diagnósticos, la representación de una nueva definición de delirio o la aparición de especificadores de curso, que sustituyen a los subtipos clásicos. En concreto, en cuanto a los criterios diagnósticos (a) se ha aumentado a dos los síntomas del criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia, teniendo que ser uno de ellos la presencia de delirios, alucinaciones y habla desorganizada; (b) se han clarificado los síntomas negativos de los criterios A y F. En el DSM-V se sigue realizando un diagnóstico de este síndrome por exclusión, al igual que en pasadas ediciones (Rus-Calafell & Lemos Giráldez, 2014).

El diagnóstico de esquizofrenia provoca un gran impacto en la vida diaria y en la planificación del futuro en aquellas personas que la padecen (Mauritz & van Meijel, 2009). Esta EMG afecta aproximadamente a 29 millones de personas en el mundo (Svettini et al., 2015) y conlleva la aparición de sentimientos como el miedo hacia la pérdida de control durante los brotes psicóticos, no poder confiar en sus propias observaciones hacia la realidad, sentimientos de vacío y de sinsentido hacia su vida y de haber fracasado a nivel social.

Un diagnóstico de esquizofrenia suele ir acompañado de una serie importante de cambios a nivel laboral, emocional y social, por lo que las personas que la padecen suelen relacionarse básicamente con sus familiares (Mauritz & van Meijel, 2009).

El cuidado de las personas con dicha enfermedad conlleva en los familiares sentimientos de agotamiento y altos niveles de estrés, así como depresión, ansiedad y

una alta experiencia de carga emocional (Jens Einar Jansen, Gleeson, & Cotton, 2015). La mayoría de los familiares aceptan este diagnóstico, cuando se trata de un familiar o amigo, aunque un 25% se siente avergonzado al hablar con otras personas sobre la persona a la que cuidan (Svettini et al., 2015). Sin embargo, el hecho de que los familiares asuman el cuidado, contribuye a una mejor desinstitucionalización de las personas con EMG (Svettini et al., 2015). Uno de los resultados de dicho proceso de desinstitucionalización, es el aumento de la responsabilidad del cuidado, de las personas con enfermedad mental, por parte de sus familias (Richardson, Cobham, Murray, & McDermott, 2011), por lo que, teniendo en cuenta que un 84% de las personas que sufren enfermedad mental conviven con sus familiares (Navarro et al., 2016), es común que afloren ciertos sentimientos y comportamientos en los cuidadores.

De forma previa al diagnóstico de enfermedad mental, los padres experimentan ciertos signos o cambios que les hacen sospechar que algo está ocurriendo, tales como cambios en el comportamiento, entre los que se encuentran actuar de manera extraña, con fuerte angustia, excesiva agresividad o intensos sentimientos de miedo (Richardson, Cobham, McDermott, & Murray, 2013). La percepción de estas conductas produce en los familiares miedo, confusión, preocupación, o ansiedad (Richardson et al., 2013, 2011).

La confirmación de un diagnóstico de enfermedad mental conlleva una clara respuesta emocional que, en contraposición a la experimentación de cambios previa al diagnóstico, puede ser positiva. Para algunos padres el conocimiento de un diagnóstico de enfermedad mental produce el cese de la búsqueda de respuestas y de sentimientos de culpabilidad, relacionados con ser los responsables de los cambios en el comportamiento de su hijo (Richardson et al., 2011). Asimismo, conduce a un mayor entendimiento de dicho comportamiento y un descenso de la preocupación en las madres (Johansson, Anderzen-Carlsson, Åhlin, & Andershed, 2010). Sin embargo, y de manera paralela, el conocimiento de un diagnóstico que confirma las dificultades psicológicas de su familiar también puede producir pena, angustia o desencadenar un proceso de duelo-pérdida (Richardson et al., 2013). Dicho proceso tiene lugar en el momento de conocer el diagnóstico, aunque también puede aparecer de manera progresiva en cuanto las pérdidas se hacen más evidentes. Dichas pérdidas, percibidas por los familiares, se relacionan con quien su hijo una vez fue, el potencial de estos, las esperanzas y sueños sobre el futuro de su hijo y en relación a las dinámicas y las

actividades familiares (Richardson et al., 2011), por lo que aparecen sentimientos de anhelo de su hijo y del lazo que una vez compartieron (Richardson et al., 2013).

Diversos estudios evidencian la repercusión que la enfermedad mental tiene sobre los cuidadores familiares en el ámbito del trabajo y de su vida social y familiar. Por un lado, respecto a la vida social, el hecho de tener a su cargo a una persona con enfermedad mental requiere de una gran atención que puede provocar un deterioro en su red social, así como sentimientos de soledad (Johansson et al., 2010). Sin embargo a pesar de la necesidad de socialización, el hecho de estar con personas que hablan sobre su día a día y sobre sus vidas “normales” puede carecer de sentido para los familiares (Weimand, Hall-Lord, Sällström, & Hedelin, 2013). En cuanto a la dinámica familiar, la enfermedad mental puede conllevar la evitación de ciertas actividades familiares, así como la aparición de discordancias respecto al cuidado de la persona con enfermedad mental, en las cuales se cuestione la forma de abordar dicho cuidado por parte de la madre, acusándola de ser muy protectora. Además en estas madres aparecen sentimientos relacionados con que los padres se distancian de la situación familiar y no las comprenden (Johansson et al., 2010). Por otro lado, respecto al trabajo, la implicación que conlleva el cuidado de una persona con enfermedad mental plantea posibilidades acerca de dejar el propio puesto de trabajo o cambiar a otro que permita una mayor dedicación a la tarea del cuidado de su familiar, lo que puede dar como resultado un declive en la situación financiera familiar (Richardson et al., 2013; Weimand et al., 2013). La asistencia de los familiares al trabajo es vivida, para un grupo de ellos, como un momento de recuperación, mientras que para otros es experimentada como una situación muy estresante debido a la constante preocupación por su familiar (Johansson et al., 2010). Por lo tanto, aunque los padres resaltan la importancia de mantener actividades propias, también indican la gran complicación que ello conlleva por la presencia de una preocupación constante. Cuando priorizan sus intereses o deseos es común que duden o se reprochen por no estar atendiendo a su familiar con esquizofrenia (Weimand et al., 2013).

Estos padres utilizan diversas estrategias para hacer frente a la situación, tales como la adopción de nuevas estrategias, la recopilación de información o hablar con su hijo, medidas que no suelen resultar eficaces. Esto conlleva la aparición de sentimientos de impotencia y el cuestionamiento de sus propias habilidades como padres, además de responsabilizarse por la situación vivida, lo que se relaciona con la aparición de sentimientos de angustia y culpa (Richardson et al., 2013). La impotencia sentida por

los familiares parece verse acrecentada ante la incapacidad de obtener ayuda y cuando su familiar, con enfermedad mental, les culpa de los actos terribles y negativos (Weimand et al., 2013) que han tenido lugar, también aparecen sentimientos de insuficiencia y culpabilidad (Johansson et al., 2010). Asimismo, cuando se cuestiona, se expone a las madres y cuando otras personas opinan acerca de lo que sería mejor para su hijo, se evidencian sentimientos de incomodidad e incluso, a veces, esto es percibido como ofensivo (Johansson et al., 2010). Además, los familiares cuidadores también expresan sentir miedo ante lo que otros puedan decir o pensar sobre la enfermedad mental del familiar a su cargo (Weimand et al., 2013). Dicho miedo también aparece ante las amenazas de suicidio y los repetidos actos destructivos (Johansson et al., 2010).

Las experiencias del cuidado de las personas con enfermedad mental no son únicamente negativas, ya que muchos familiares describen una profunda conexión con su familiar que padece enfermedad mental, así como la creación de fuertes lazos con la familia (Jansen et al., 2014). Además cuando su hijo se encuentra bien, aparecen sentimientos de esperanza, así como la importancia de vivir en el presente y aceptar que no pueden cambiar el pasado (Johansson et al., 2010). Estas experiencias positivas, se encuentran presentes sobre todo en madres que hablan abiertamente de la situación de su hijo y que disponen de apoyo social y de una buena relación entre los hermanos de la persona con enfermedad mental (Johansson et al., 2010). Por otro lado, como resultado de las difíciles experiencias atravesadas, los familiares adquieren, entre otras cosas, la capacidad de ser más pacientes, de apreciar los pequeños placeres de la vida, de ser más prudentes y generosos, así como de tener una perspectiva más amplia sobre la vida y ofrecer una mayor comprensión a aquellas personas que atraviesan momentos difíciles, sin embargo y a pesar de ello, los familiares expresan que los costes derivados son muy elevados y que el precio nunca merece la pena (Weimand et al., 2013).

Finalmente, en relación a la asistencia sanitaria proporcionada a familiares de personas diagnosticadas con enfermedad mental, los padres recalcan la importancia del trato por profesionales empáticos (Richardson et al., 2013), además de acentuar la importancia de, simplemente, poder hablar con los profesionales acerca de la enfermedad mental (Acero et al., 2016; Richardson et al., 2013). A pesar de la importancia que la familia otorga al cuidado profesional, así como a pesar de que dicha importancia sea reconocida por estos últimos y del beneficio demostrado que la atención familiar tiene sobre la salud y el bienestar de la familia y de su familiar, el cuidado

proporcionado sigue teniendo un enfoque más centrado en el paciente y no tanto en su familia (Canga, 2013).

La mayoría de los familiares, de personas con enfermedad mental, perciben distancia con los profesionales, lo que hace que se sientan aislados y sin oportunidad de participar en las decisiones (Acero et al., 2016), así como no escuchados, no tomados en serio e ignorados (Rowe, 2012). Respecto a la información proporcionada por parte de los profesionales, según Navarro et al. (2016), el 57,2% de los familiares creen que el tiempo dedicado, por parte de los profesionales a proporcionarles información, es insuficiente y, por otro lado, recalcan la necesidad de información más clara y proporcionada de forma más coordinada (Acero et al., 2016).

La familia supone un foco potencial en la intervención, como elemento natural y de primer orden dentro del contexto en el que se desenvuelve la vida del paciente; solo trabajando a todos los niveles, y por ende, implicando a las familias teniendo en cuenta las particularidades de cada caso, estaremos en condiciones de garantizar una intervención integral, necesaria para el propio avance de la disciplina en el desarrollo de herramientas, técnicas y estrategias de intervención eficaces. (Navarro, 2013, p.149)

Las personas que sufren EMG, en concreto esquizofrenia, tienen una mayor probabilidad de cometer actos violentos, debido a la relación existente entre estos y dicha enfermedad (Esbec & Echeburúa, 2016; González, et al., 2008). Estos actos violentos tienen como consecuencia, sobre las personas con EMG, una mayor estigmatización, así como a una mayor utilización de medidas restrictivas hacia ellos (González, et al., 2008). Por lo que, debido al mayor cuidado requerido, así como a un mayor impacto social, cuando la EMG se asocia a violencia, todo lo expuesto hasta ahora, respecto a los cuidadores familiares y la asistencia sanitaria, parece verse aumentado. Sin embargo, aunque la literatura contempla las distintas experiencias de los familiares con enfermedad mental, existe poca evidencia acerca de dichas experiencias en familiares de personas con EMG y antecedentes delictivos violentos. Por lo tanto, el presente trabajo pretende contribuir a la evidencia en el estudio de las diferentes experiencias que viven los familiares de personas con enfermedad mental grave que han cometido algún acto delictivo de carácter violento.

2. OBJETIVO

- El objetivo del presente trabajo fue estudiar en profundidad las distintas experiencias emocionales que tienen lugar en familiares con hijos diagnosticados de EMG y que han cometido un acto delictivo violento.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Se trata de un estudio cualitativo de corte fenomenológico, a través de entrevistas en profundidad, cuya muestra fueron familiares de personas con EMG. Se utilizará un análisis temático de carácter descriptivo.

3.2. Participantes

Tabla 1

Resumen de los datos de los participantes

Participantes	Sexo	Edad	Nivel de estudios	Situación laboral	Estado civil
Entrevista 1 [E1]	Mujer	52 años	EGB	Activa	Casada
Entrevista 2 [E2]	Mujer	62 años	EGB	No activa	Casada
Entrevista 3 [E3]	Hombre	69 años	EGB	No activa	Casado

En el presente estudio participaron dos mujeres y un hombre. Únicamente se encontró situación laboral activa en el caso de la mujer correspondiente a E1, los dos participantes restantes se encontraban en una situación laboral no activa. Todos ellos se hallaban casados y poseían un nivel de estudios básicos. La edad media de los participantes fue de 61 años.

Los criterios de inclusión para la participación en la presente investigación son los siguientes:

- Tener un hijo con un diagnóstico dentro del espectro esquizofrénico, incluyendo: esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes, trastorno esquizo-afectivo, trastorno bipolar y trastorno esquizofrénico no especificado.
- Tener un hijo que haya incurrido en un delito de carácter violento.

Los criterios de exclusión para la participación en el presente estudio son los siguientes:

- Que los participantes no presenten ninguna psicopatología.
- No presentar síntomas ni tener un diagnóstico de EMG.
- No tener antecedentes delictivos.
- No encontrarse emocionalmente estables durante la realización de la entrevista.

3.3. Instrumentos

Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas y elaboradas por miembros del departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante, dichas entrevistas abordaron las siguientes áreas: las experiencias previas y en el momento del diagnóstico de la EMG, las experiencias tras el diagnóstico y dificultades del cuidado, así como las experiencias relacionadas con los actos violentos cometidos por su hijo y las preocupaciones actuales y futuras.

3.4. Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas en una única sesión, de 60 a 90 minutos de duración, durante los meses de Septiembre del 2016 a Enero del 2017.

Previamente al inicio de la entrevista se les explicó a los participantes cuales eran los objetivos de la entrevista y se les entregó el consentimiento informado, asimismo se les preguntó toda una serie de datos sociodemográficos entre los que se incluyen: sexo, edad, nivel de estudios, profesión, estado civil, sueldo mensual aproximado, situación laboral, género del hijo/a, tipo de delito de su hijo, tiempo en la institución, momento del diagnóstico de su hijo, internamiento en la infancia de su hijo, consumo de sustancias, diagnósticos psiquiátricos y posibles antecedentes penales. Las entrevistas

fueron llevadas a cabo cara a cara o vía telefónica. Tras la realización de la entrevista se proporcionó uno de los diferentes cuestionarios a completar por los participantes. Posteriormente a la realización y grabación de dichas entrevistas, se procedió a su transcripción.

3.5. Análisis de datos

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos obtenidos se utilizó el software Microsoft Office Word 2007. Se aplicó un análisis temático (Howitt, 2013). En primer lugar, se transcribieron las entrevistas grabadas añadiendo información acerca del lenguaje corporal o aquellas apreciaciones consideradas útiles por el entrevistador. Posteriormente a la realización de las entrevistas, se realizó una lectura independiente de cada una de ellas, lo que permitió obtener una visión global de estas. En tercer lugar, los códigos que se identificaron como iguales o similares, fueron fusionados y combinados en temas más generales y en familias.

4. RESULTADOS

Los resultados del análisis de las entrevistas fueron clasificados en dos grandes categorías (1) Emociones previas al conocimiento del diagnóstico de EMG; (2) Emociones tras el acto delictivo violento. Una tercera categoría, correspondiente a las emociones que surgen tras el conocimiento del diagnóstico de EMG, fue eliminada debido a que, durante el presente estudio, se observó que el diagnóstico de EMG se realizaba en consecuencia al acto delictivo y no previo a éste, por este motivo, se fusionó con la segunda categoría.

4.1. *Emociones previas al conocimiento del diagnóstico de EMG*

Los participantes expresaron, como una de las primeras emociones surgidas, la impotencia. Dicha impotencia se encontró relacionada con la incapacidad y el desconocimiento, por parte de los participantes, de ofrecer una ayuda adecuada a las necesidades de su familiar, así como también se encontró relacionada con la percepción de una inadecuada atención profesional.

[Ante la ausencia de soluciones por parte del psicólogo]; “(...) *con una impotencia, una impotencia que no sabía lo que hacer (...)*” [E1].

“(...) con esa impotencia de no saber, no saber qué es lo que hay que hacer y cómo ayudar y eso.” [E1].

“¿Qué hago, qué hago, qué hago para ayudarlo? Porque primero él estaba muy rebelde, no quería ayuda, luego eso, cuando lo convenzo no me solucionan nada, era una impotencia de querer y no poder, no sé explicarlo.” [E1].

Otra emoción, de temprana aparición, expresada por los participantes fue la rabia. Sin embargo se observó que en la gran mayoría de las ocasiones, dicha emoción, aparecía en combinación con la anterior. La combinación de estas dos emociones fue utilizada por los participantes para expresar insatisfacción hacia los profesionales de la salud, principalmente psiquiatras, respecto a la atención e implicación percibida hacia su familiar.

[En relación a la atención recibida por el psiquiatra]; *“(...) no es para que le de unas pastillas nada más que para dormir, tiene que ver el porqué tiene él esas cosas, porque su mente no le funciona, ya no le funcionaba (...)” [E2].*

[En relación a la atención recibida por el psiquiatra]; *“Pues no nos dio el informe ni nada, dijo que no, que él iba allí porque tenía como bichos y como no tenía nada de eso, y se quedó tan pancho el hombre (...)” [E2].*

“(...) yo le digo al psicólogo, vamos a ver, si él no quiere volver ¿Qué hago, qué soluciones me da usted?, páselo a otro sitio, y me dijo que no había otra y digo bueno, ¿entonces qué hago yo, llamar al 112 cuando pase algo? (...)” [E1].

“Y él estaba obsesionado con que le había pegado la enfermedad y lo llevamos a que le hicieran análisis de todas las clases, no tenía nada ni de hígado ni de nada y entonces lo llevamos al psiquiatra, (...), y el psiquiatra lo único que le mandó fue ¿qué le mandó? Unas pastillas para dormir, (...), unas pastillitas para dormir y ya está.” [E2].

[En relación a la atención recibida por el psiquiatra]; *“me dejó planchado, dijo “tiene unas ideas que no concordaban con la realidad” ... y yo le dije “le traje*

por eso precisamente, porque si en su mente no coordinaba bien, sería más bien trabajo suyo que del médico de cabecera, y usted se lo toma así, como que viene a saludarle y me voy”, (...), es para ponerle a una denuncia a este hombre, (...), pero tiene narices que un tío que lleva ahí tantísimos años de ... de ser ... que me de esas respuestas... a nadie se le ocurre...” [E3].

Los cambios negativos, relacionados con la conducta y los comportamientos, de la persona con EMG, produjeron en los participantes sentimientos de preocupación hacia su familiar. Dichos comportamientos se encontraron relacionados con la percepción, por parte de los participantes, de la presencia de pensamientos extraños en su familiar.

“(...) veía enemigos por todas partes, temía que le perseguían, estábamos muy preocupados por él.” [E3].

Finalmente, de forma previa al conocimiento de la existencia de una EMG, los participantes enunciaron la aparición de sentimientos de pena/tristeza relacionados con los cambios negativos en el comportamiento de su familiar.

“(...) mi hijo escuchaba una voz y se pensaba que tenía que obedecer a esta voz, claro él no dormía, él no comía, él no vivía y así, no podía hablar, estaba enloquecido, él no era persona, parecía un animal enjaulado.” [E1].

4.2. Emociones tras el acto delictivo violento

En esta segunda categoría se identificaron tanto emociones negativas como positivas, a diferencia de la categoría anterior. Tras el acto delictivo violento, los participantes expresan distintas emociones, entre las que resaltan la aparición, especialmente, de tres de ellas, de las cuales dos resultaron ser negativas y la restante positiva. Comenzando por las emociones negativas sentidas por los participantes, la más frecuente fue la pena/tristeza ante las consecuencias que el acto delictivo violento provocó en su familiar.

“(...) mucha pena porque de verlo como estaba allí todo adormilado, (...), lo dopaban como para tenerlo controlado.” [E1].

“Pues me daba mucha pena porque él se daba cuenta de cómo estaba, de sus medicaciones, que no podía, a veces se le caía la baba, no andaba bien (...)” [E1].

“Pues a ver, como con mucha pena porque yo sabía que mi hijo no quería (...) yo no sentía dolor por mí, sentía dolor por él, ¿sabes? porque es un niño muy bueno, lo que pasa que la mente es la mente, es una cosa muy mala.” [E1].

“(...) entonces lo llevaron a la cárcel, mira aquello fue para mí uf, aquello fue para mí mortal porque claro, que lo metieran a la cárcel que lo vemos ahí en una “cosica” así “cuadraica”, aquello fue para mí muy malo, claro yo salía de allí llorando siempre porque yo decía madre mía.” [E2].

“(...) hay una brecha ahí que yo creo que yo no sé si algún día esa brecha se cerrará con D. [refiriéndose a su hijo con EMG], no sé si algún día se cerrara entre los tres hermanos.” [E2].

Como consecuencia inmediata al acto delictivo violento surgieron, en los participantes, emociones como el shock e incredulidad ante el hecho de que su familiar hubiese actuado de manera violenta.

“(...) ¿pero qué has hecho hijo mío, pero que has hecho? y dice; ¿pero qué he hecho? Digo; pues que le has cortado el cuello a la E. (...)” [E2].

“(...) ¿pero qué has hecho, pero que has hecho? y viene y me dice; mamá unas voces que me estaban diciendo que lo hiciera. ¿Pero qué voces, que voces?” (...) [E2].

Más a largo plazo, tras el acto delictivo violento y el consecuente conocimiento del diagnóstico de EMG, los participantes expresaron la aparición de incertidumbre. La presente emoción nace en relación al desconocimiento de las consecuencias que conlleva dicho diagnóstico, así como el acto violento cometido, sobre su familiar.

“(...) ¿Ahora qué va a pasar, como va a ser?, yo no quiero que lo pase mal (...)” [E1].

“Hemos llevado 6 años muy malos, muy malos, muy malos de estar separados, a ver qué va a pasar, a ver ¿me entiendes?” [E1].

Por otro lado, al igual que aparece de forma previa al conocimiento del diagnóstico de EMG, la rabia es sentida por los participantes en relación, principalmente, a la atención recibida por parte de los profesionales de la salud. La rabia enunciada por los participantes, expresa la insatisfacción y la percepción de falta de implicación de los profesionales, principalmente psiquiatras. Además se trata de la segunda emoción más frecuente tras el acto delictivo violento de su familiar.

“Bueno, nosotros estuvimos yendo a un psicólogo aquí en O. [hace referencia al lugar en el que viven], (...), y aquel señor, por decir algo, a mí nunca me dijo que es lo que tenía mi hijo, no quería pasarlo al psiquiatra porque decía que si lo pasaba al psiquiatra lo iba a medicar y que iba a tener un hijo tonto, (...)” [E1].

[Ante la percepción de falta de implicación del psiquiatra]; *“Pues sí, mucha rabia porque si yo hubiese sabido en ese momento lo que hoy se, yo a ese señor me lo llevo “pa adelante” [refiriéndose a que lo mataba], ese no se pone una bata blanca en su vida, ¿sabes? (...)” [E1].*

[Ante la percepción de falta de implicación del psiquiatra]; *“Nosotros, mi hijo se hubiera ahorrado estar allí, primero en el centro y luego en la cárcel, (...), y nosotros nos hubiésemos ahorrado todo el calvario que hemos pasado, porque te digo una cosa, si yo hubiera tenido dinero, yo a ese médico lo hubiera demandado (...)” [E2].*

La impotencia es menos común que en la anterior categoría. Aun así, dicho sentimiento también se halla presente tras el acto delictivo violento debido a la falta de recursos, percibida por los participantes del presente estudio, para hacer frente a la situación en la que se encontraban.

“(...) lo esperaba porque se veía venir, pero cuando pasa pues te quedas así como, como he dicho antes, esa impotencia de decir, es que no hemos podido hacer nada más. ¿Qué hago yo ahora y como lo manejo?” [E1].

En esta categoría, los participantes también expresan un sentimiento de preocupación que aparece ante la presencia de ciertas actividades de ocio personal. Dicha emoción les

impidió la realización de ciertas actividades provocando, consiguientemente, una limitación de su vida.

“(...) yo no podía salir a una fiesta pensando que no estábamos todos juntos y esas cosas así (...)” [E1].

Como última emoción negativa encontrada en los participantes tras el acto delictivo violento, surge el miedo ante el futuro de su familiar. Dicho sentimiento aparece de forma frecuente y se haya relacionado tanto con el futuro personal de su familiar como con la preocupación de que, en el caso de que ellos no puedan proporcionarle soporte económico, su familiar no pueda sostenerse de forma independiente.

“Me preocupa, me preocupa eso, que nosotros nos hacemos mayores y no sé, no sé, no sé, no sé qué va a pasar. Y claro, esto es una enfermedad que es hereditaria, aunque encuentre una pareja no sería conveniente que tuviera hijos (...)” [E1].

“No, no es una de las grandes preocupaciones pero me gustaría verlo bien asentado con una familia con su casa y su trabajo, y ya está.” [E1].

“(...) si a mí me pasara ahora algo o a mi marido le pasara ahora algo, pues claro ¿Qué será de mi hijo?, (...), porque yo sé que mi hijo no lo va a acoger en su casa, el A. [refiriéndose a uno de sus otros hijos], y el otro tampoco, y él no tiene más familia ¿me comprendes?, se quedaría solo, es esa preocupación.” [E2].

“Mi preocupación es... le hemos solicitado ... tratar de conseguir una... ¿cómo se llama eso? subvención, una paguita... porque él donde entre a trabajar va a durar dos días, (...), se va a quedar en la calle prácticamente, a no ser que sus hermanos alguno, pero visto lo visto... no sé si lo harían, por el miedo que pueden tener... yo no lo tengo pero ellos me lo han expresado “es quizá que lo hizo ese día puede hacerlo otro...” (...)” [E3].

“(...) de cara al futuro más que otra cosa me preocupaba su situación económica... me preocupa eso, estoy a la espera de recibir la contestación a ver lo que ocurre... y sino pues yo le ayudaré hasta que pueda, como se dice “hasta

que uno se muere”... [pasan 10 segundos] porque es que la verdad aunque digan lo que quieran, cuando se enteran de que un chico tiene esta enfermedad no en todas partes le dan trabajo (...) [E3].

Como hemos comentado anteriormente, en este grupo también encontramos emociones positivas expresadas por los participantes a dicho estudio. Una de estas emociones positivas se encuentra entre las tres emociones más comunes tras el acto delictivo violento. Dicha emoción fue la tranquilidad/alivio que los participantes experimentaron conforme la enfermedad de su familiar se estabilizó gracias al tratamiento recibido y, consecuentemente, a la percepción de una mejora en la actitud de su familiar.

“(...) al llegar a ir al psiquiátrico, al poco tiempo empezó a salir, a venir a casa, ya cada vez venía más, empezaron los permisos, osea, fue mejorando poco a poco hasta que ya lo tengo en casa.” [E2].

“Y yo ahora me encuentro mejor porque yo a mi hijo lo veo mucho mejor, a mi D.[refiriéndose a su hijo que padece EMG], ya veo que sale, salimos, ya habla con fluidez, antes había que sacarle las palabras así con pinzas, ahora poco a poco ya se va expresando, ya va hablando, entonces es muy importante eso.” [E2].

“Lo hemos pasado muy mal, muy mal, luego gracias a Dios en el psiquiátrico pues la medicación que le han dado, claro primero él iba como muy zombi, (...), ha ido evolucionando, evolucionando, evolucionando, nosotros estamos muy contentos, muy satisfechos con la psiquiatra de allí del centro y la psicóloga, (...), y a nosotros nos han ayudado en todo lo que hemos pedido (...) [E2].

[En relación a la situación de su hijo en el psiquiátrico]; *(...) se ha integrado, lleva una buena relación con los compañeros, los médicos me hablan muy bien de él, es un chico ejemplar que no da problemas ni tiene problemas, se adapta a todo, es voluntario a todo, le veo que ha mejorado muchísimo desde que entró.* [E3].

Por último, se encontraron sentimientos de alegría en los participantes que, al igual que la tranquilidad/alivio, se relacionaron con la percepción de una mejora tanto en el estado de ánimo como en la salud de su familiar. Esta sensación de alegría también aparece al realizar visitas a su familiar al psiquiátrico, sin embargo, en este caso dicho sentimiento surge en combinación a la principal emoción encontrada tras el acto delictivo violento; la pena.

“(...) cuando cambió al hospital pues ya eso, mejor, el tratamiento era mejor, enseguida empezaron a darle permisos de salidas y ya él más animado y nosotros pues, también. [E1].”

[Refiriéndose a las visitas al psiquiátrico]; *“Bueno, a mí me daba alegría porque lo veía, pero también me daba mucha pena de verlo allí. (...), era muy penoso. Luego allí claro, en el psiquiátrico no era lo mismo que en la cárcel, (...), era una era una cosa bastante amena y lo pasábamos mejor, pero eso, era en el fondo como un duelo, (...) [E1].”*

“(...) me gusta verle que esté como está ahora, se le ve consciente...con los demás...más fluida la dialéctica, que lo encuentro como antes de tener todos estos problemas y me alegra mucho (...)” [E3].

5. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue el estudio en profundidad de las distintas experiencias emocionales de los familiares con hijos diagnosticados de EMG que han cometido algún acto delictivo de carácter violento.

Los resultados encontrados parecen apuntar a la existencia de dos categorías de gran importancia: (1) Emociones previas al conocimiento del diagnóstico EMG; (2) Emociones tras el acto delictivo violento.

En relación a las emociones que expresaron los participantes a dicho estudio, de forma previa al conocimiento del diagnóstico, se encontró como más frecuente la impotencia combinada con la rabia. Dichas emociones aparecieron juntas especialmente cuando los participantes hacían alusión al trato recibido por parte de los psiquiatras. También surgieron otras emociones, como la pena/tristeza o la

preocupación, aunque con una frecuencia considerablemente menor a la combinación de las anteriores.

En la categoría de las emociones que surgieron tras el acto delictivo violento, tuvo lugar la aparición de sentimientos tanto negativos como positivos. Entre los sentimientos negativos, el más común entre los participantes fue el de pena/tristeza, que se encontró relacionado con las consecuencias que tuvieron lugar en su familiar tras el acto delictivo violento. Otra emoción que se encontró como común en los participantes fue la rabia, enunciada, como en la clasificación anterior, especialmente para referirse a la atención recibida por parte de los psiquiatras. Además de las dos emociones comentadas anteriormente, también fue frecuente la aparición de miedo ante el futuro, sobre todo en relación a las dificultades económicas que preveían probables para su familiar. Aunque predominaron las emociones negativas, también encontramos en este grupo sentimientos positivos en los participantes, especialmente sentimientos de tranquilidad/alivio, conforme se fueron percibiendo mejorías en relación a la actitud de su familiar.

Los familiares de personas que poseen EMG, sufren un claro deterioro de su calidad de vida (Castillo-Martell, 2016), este cambio en su situación vital puede dar lugar a la aparición de diversas emociones, generalmente negativas. Las emociones encontradas, en referencia a los familiares de personas con EMG, en el presente estudio, coinciden con gran parte de las emociones observadas durante la realización de la revisión de la literatura (Johansson et al., 2010; Richardson et al., 2013; Weimand et al., 2013). Sin embargo, en esta investigación han aparecido otras específicas, las cuales serán comentadas posteriormente.

La principal emoción observada en la revisión de la evidencia es la preocupación, sentida por los familiares en relación a los cambios que tienen lugar en el comportamiento de su familiar y la percepción de que algún hecho negativo está teniendo lugar (Johansson et al., 2010; Richardson et al., 2013). Asimismo, dicha preocupación, también se asocia a la idea de que su familiar pudiese padecer algún tipo de enfermedad mental (Weimand et al., 2013). Además, se observa la aparición de impotencia relacionada con los cambios que la enfermedad provoca en sus familiares (Richardson et al., 2013). En el estudio realizado, la preocupación, surge de forma menos frecuente (únicamente en uno de los participantes) y también se encuentra relacionada con los cambios percibidos, por parte de los participantes, en las personas que sufren EMG. Por otro lado, la impotencia ha aparecido como una emoción de gran

importancia entre los participantes a dicho estudio, y se ha asociado a la dificultad de obtener ayuda.

Un sentimiento muy común tras el conocimiento del diagnóstico, en la revisión realizada, es el duelo, que aparece en los familiares como consecuencia de una sensación de pérdida de su familiar (Johansson et al., 2010; Richardson et al., 2013, 2011) por cambios en su personalidad y por verse frustradas las expectativas de futuro que se tenían sobre la persona que padece EMG (Johansson et al., 2010). Además, se expone la aparición de preocupación respecto al futuro del familiar con EMG, también por la presencia de expectativas que no podrán cumplirse (Richardson et al., 2013). En el presente estudio, el miedo respecto al futuro del familiar con EMG es muy común entre los participantes y también se encontró relacionado con las expectativas de futuro, además de con la preocupación por el sustento económico de su familiar. En la revisión de la literatura, en consonancia a nuestro estudio, aparecen sentimientos de preocupación en los familiares que dificulta la realización de actividades sociales propias (Weimand et al., 2013). Sin embargo, en la presente investigación, no se identificó de manera clara la aparición de sentimientos de duelo o pérdida por parte de los participantes.

Llegados a este punto, como comentamos anteriormente, en nuestro estudio se añaden ciertas emociones que no se han reportado en revisiones previas. La aparición de dichas emociones puede estar directamente relacionada con las características de la población evaluada, en concreto por la presencia de un acto delictivo violento por parte del familiar que sufre la EMG.

Una de estas emociones es la clasificada como pena/tristeza que, aunque pueda parecer relacionada con el duelo mencionado anteriormente, tiene un origen distinto ya que se encuentra en relación a las consecuencias que el acto delictivo violento tiene sobre su familiar con EMG. También se evidenció la presencia de incertidumbre hacia las consecuencias del diagnóstico de EMG, así como el shock y la incredulidad generados en los participantes como consecuencia inmediata del acto delictivo violento cometido por su familiar.

Respecto a las emociones positivas, también parecen existir diferencias entre el presente estudio y las investigaciones previas. Se reportó la aparición de sentimientos de alivio, relacionados con no ser los responsables del cambio en el comportamiento de su familiar, así como aparición de esperanza en los padres y madres (Richardson et al., 2011). Si bien en nuestro estudio también surgen sentimientos de alivio en los

participantes, dichos sentimientos se relacionan con la aparición de mejoras en la actitud de su familiar. Además, también aparecen sentimientos de alegría.

En relación a los servicios de salud, también se muestran ciertas diferencias respecto a la revisión de estudios previos. Durante la revisión, los familiares expresan sentimientos de aislamiento por parte de los profesionales de la salud (Acero et al., 2016), aunque también exponen la presencia del buen trato y disposición de los mismos (Navarro Gómez et al., 2016). Sin embargo, en el presente estudio, las emociones surgidas en los familiares, principalmente respecto al trato recibido por los psiquiatras, fueron la impotencia, de forma previa al conocimiento del diagnóstico de EMG, así como la rabia, antes del conocimiento del diagnóstico y tras el acto delictivo violento.

El presente estudio cuenta con una serie de limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra seleccionada es muy pequeño, por lo que no se pueden extraer conclusiones fuertes que permitan la extrapolación de los resultados a la población general. Además de ello, la población estudiada es muy específica y los estudios previos acerca de dicha población son escasos, lo que dificulta la comparación entre los resultados obtenidos y la evidencia presente en la literatura científica.

6. CONCLUSIÓN

Como conclusiones del presente estudio, los familiares de personas que padecen EMG experimentan distintas emociones, tanto de forma previa al diagnóstico, como tras el acto delictivo violento que conduce al conocimiento del diagnóstico de EMG.

La principal emoción que tuvo lugar de forma previa al diagnóstico de EMG, fue la combinación entre impotencia y rabia, relacionadas para hacer alusión a la atención recibida por parte de los psiquiatras. Aunque de forma significativamente menos frecuente, también surgieron otras emociones previas al conocimiento del diagnóstico de EMG, como la pena/tristeza y la preocupación.

En relación a las emociones surgidas tras el acto delictivo violento, destacó la aparición de pena/tristeza, rabia y miedo al futuro del familiar con EMG. Sin embargo también surgieron emociones positivas como la tranquilidad/alivio y la alegría, ésta última de forma menos frecuente.

Por lo tanto, en los familiares de personas que padecen EMG y que además han cometido un acto delictivo violento, aparecen emociones comunes a las que expresan

aqueños familiares cuyo hijo o hija no ha cometido ningún acto delictivo violento. Sin embargo en el presente estudio se añaden ciertas emociones, especialmente tras el acto delictivo de carácter violento, como la pena/tristeza, el shock y la incertidumbre, además de la alegría. Por otro lado, en el presente estudio no aparece la expresión de duelo por parte de los participantes, muy común durante la revisión de la literatura.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, Á. R., Cano-Prous, A., & Canga, A. (2016). Experiencias de la familia que convive con la enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 203–212. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200003
- American Psychiatric Association (2014). *DSM - V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Estados Unidos de América: Editorial Médica Panamericana.
- Canga, A. (2013). Hacia una «familia cuidadora sostenible». *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(3), 383–386. Recuperado de: <https://doi.org/10.4321/S1137-66272013000300003>
- Castillo-Martell, H. (2016). Impacto de la Esquizofrenia en la Calidad de Vida y Desarrollo Humano de Pacientes y Familias de una Institución de Atención en Salud Mental de la Ciudad de Lima. *Revista Anales de Salud Mental*, 30(2). Recuperado de: <http://www.inism.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/view/1/1>
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.12.001>
- González, S., Molina, J.D., Huertas, D., Blasco, H., Mora F., y Pascual, F. (2008). Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría*, 71 (2-4), 109-127. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3146107.pdf>
- Jansen, J. E., Gleeson, J., & Cotton, S. (2015). Towards a better understanding of caregiver distress in early psychosis: A systematic review of the psychological factors involved. *Clinical Psychology Review*, 35, 56–66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.12.002>
- Jansen, J. E., Lysaker, P. H., Harder, S., Haahr, U. H., Lyse, H.-G., Pedersen, M. B., ... Simonsen, E. (2014). Positive and negative caregiver experiences in first-episode psychosis: Emotional overinvolvement, wellbeing and metacognition. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(3), 298–310. doi: 10.1111/papt.12014

- Johansson, A., Anderzen-Carlsson, A., Åhlin, A., & Andershed, B. (2010). Mothers' Everyday Experiences of Having an Adult Child Who Suffers from Long-Term Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(11), 692–699. doi: 10.3109/01612840.2010.515768
- Mauritz, M., & van Meijel, B. (2009). Loss and Grief in Patients With Schizophrenia: On Living in Another World. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(3), 251–260. doi: 10.1016/j.apnu.2008.06.006
- Navarro, N. (2013). Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Psychology, Society & Education*, 5(2), 139-150. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4761700>
- Navarro, N., Cangas Díaz, A. J., García, J. M., Moriana, J. A., Nieto, L., & Mateu, J. M. (2016). Satisfacción y conocimientos de los familiares en Andalucía sobre la intervención en el trastorno mental grave. *European Journal of Health Research*, 2(2), 59–72. doi:10.1989/ejhr.v2i2.16
- Richardson, M., Cobham, V., McDermott, B., & Murray, J. (2013). Youth Mental Illness and the Family: Parents' Loss and Grief. *Journal of Child and Family Studies*, 22(5), 719–736. doi:10.1007/s10826-012-9625-x
- Richardson, M., Cobham, V., Murray, J., & McDermott, B. (2011). Parents' Grief in the Context of Adult Child Mental Illness: A Qualitative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 28–43. doi: 10.1007/s10567-010-0075-y
- Rowe, J. (2012). Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 70–82. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01756.x
- Rus-Calafell, M., & Lemos Giráldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, (111), 89–93. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906966>
- Svettini, A., Johnson, B., Magro, C., Saunders, J., Jones, K., Silk, S., ... Schreiner, A. (2015). Schizophrenia through the carers' eyes: results of a European cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 472–483. doi: 10.1111/jpm12209
- Weimand, B. M., Hall-Lord, M. L., Sällström, C., & Hedelin, B. (2013). Life-sharing

experiences of relatives of persons with severe mental illness - a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 99–107. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01007.x

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1: Consentimiento informado.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Expreso mi consentimiento para participar en el estudio titulado “Análisis cualitativo de las experiencias y los cambios relacionados con el diagnóstico de enfermedad mental grave (EMG) en un familia”, dirigido por los Profesores Manuel Fernández Alcántara, Miriam Sánchez San Segundo, Jesús Herranz Bellido y Rosario Ferrer Cascales.

He sido invitado/a para participar voluntariamente en este estudio por parte del equipo de investigación del proyecto.

He leído (o me han leído) la Hoja de Información acerca de este proyecto y comprendido las explicaciones ofrecidas por el investigador _____, habiendo podido hacer las preguntas que he creído convenientes.

Atendiendo a todas las consideraciones anteriores,

Yo _____, mayor de edad, acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio y comprendo que puedo retirarme cuando quiera sin tener que dar explicaciones.

Así mismo, acepto realizar una entrevista que se grabará en formato de audio.

Fecha de la aceptación: _____

Firma del participante

Firma del investigador

DNI del participante

DNI del investigador

8.2. Anexo 2: Aceptación del proyecto



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Vicerectorat d'Investigació i Transferència de Coneixement
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia de Conocimiento

AMPARO NAVARRO FAURE, Presidenta del Comitè de Ètica i Vicerectora de Investigació y Transferència de Coneixement de la Universitat de Alicante.

INFORMA:

Que el Comitè de Ètica de la Universitat de Alicante, reunit en fecha 19 de diciembre de 2016, una vez estudiada la documentación presentada del proyecto de investigación "Experiencias y cambios emocionales en padres y madres de hijos diagnosticados con enfermedad mental grave (EMG)" N° Expediente UA-2016-11-29, cuyo investigador principal es Manuel Fernández Alcántara, dio su visto bueno para la realización del citado proyecto.

Y para que conste a los efectos oportunos se firma el presente en Alicante, a diecinueve de diciembre de dos mil dieciséis.

AMPARO NAVARRO FAURE, Presidenta del Comitè de Ètica i Vicerectora d'Investigació i Transferència de Coneixement de la Universitat d'Alacant.

INFORMA:

Que el Comitè de Ètica de la Universitat d'Alacant, reunit amb data 19 de desembre de 2016, una vegada estudiada la documentació presentada del projecte d'investigació "Experiencias y cambios emocionales en padres y madres de hijos diagnosticados con enfermedad mental grave (EMG)" N° Expediente UA-2016-11-29, l'investigador principal del qual es Manuel Fernández Alcántara, va donar el seu vistiplau per a la realització de l'esmentat projecte.

I perquè conste als efectes oportuns es firma el present a Alacant, a dinou de desembre de dos mil setze.

Amparo Navarro Faure

Tel. 96 560 3476 - Fax 96 590 9875
Campus de Sant Vicent del Raspeig
Ap. 99 E-03000 Alicante
e-mail: v.invest@ua.es
web: <http://web.ua.es/ia/invest>