



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN.**

**FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL:
CAUSAS Y MANIFESTACIONES SOCIALES**

Estudio sobre familias con pacientes psiquiátricos

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA
SOLORIO GARCIA JOSÉ RAMÓN

ASESOR: DR. VÍCTOR ALEJANDRO PAYÁ PORRES

Noviembre de 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

El primer agradecimiento es para aquellas personas que ya no están en las calles, ni en las sonrisas cotidianas de los amaneceres en el hogar, es para los que esperan a sabiendas que nadie vendrá, a los que dicen lo que tienen que decir y sueñan eternamente, es decir, a los enfermos mentales psiquiátricos, en especial a los pacientes del hospital del Carmen y a sus familias, al menos a las pocas que tienen el valor para no huir del enfermo. Este ensayo sólo pudo redactarse por la experiencia que ellas nos compartieron.

A las autoridades del hospital psiquiátrico por permitir al grupo de sociólogos recorrer sus pabellones y entrevistar a su personal. Gracias al doctor Carlos Pavón por permitirnos la entrada a la institución que dirige.

Al Dr. Víctor Alejandro Payá Porres, asesor y amigo que me devolvió tantas veces las palabras defectuosas, las ideas incompletas, los escritos carentes y los transformo en palabras que escapan de lo confuso. Las charlas matutinas con café construyeron de a poco el trabajo de investigación. La invitación a participar en el trabajo de campo en el hospital psiquiátrico, sus recomendaciones bibliográficas así como sus reflexiones en torno al problema de la familia y la enfermedad mental fueron fundamentales a la hora de la redacción.

Al programa de investigación de la Facultad de Estudios Superiores campus Acatlán por el espacio brindado para reflexionar la temática en el Seminario Jóvenes Investigadores; por el apoyo económico ofrecido durante el año 2006.

A los compañeros con los que participé en la investigación, a los amigos con quienes compartí tardes de intercambio de ideas, de sueños y de fantasmas... a Juan, Mónica, Ernesto, Claudia, Cecy, Chabela y a los que faltaron pero que estuvieron en aquellas tardes.

A mis padres, Jesús y Ma. Feliz, quienes siempre están ahí para ofrecer su apoyo incondicional, les agradezco su apoyo y su confianza en la realización de mis sueños. Esta tesis es suya.

Índice

INTRODUCCIÓN

Sobre en trabajo de campo	1
Sobre la estructura de la investigación	5

El antisueño de la Cenicienta (Viñeta 1)	10
--	----

CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL

La escisión de la enfermedad mental: el cuerpo y medio social	12
Saberes divididos en torno a la enfermedad mental	15
La inocencia de la sinrazón (antecedentes del internamiento)	23
Familia e institución: perspectiva histórica	28
El asilo. Entre el patriarcado y el mundo disciplinario	30

Viñeta 2	35
----------	----

CAPÍTULO II. CONTEXTO DE LOS SÍNTOMAS: DINÁMICA Y ESTRUCTURA FAMILIAR

Antecedentes en el estudio de la familia y la enfermedad mental	38
Sociología de las enfermedades mentales	42
Los síntomas y su contexto: la familia	45
La familia y sus límites	46
Discapacidad y conciencia del grupo: confirmación del enfermo	51
Violencia y estructura familiar	56
La enfermedad y la dinámica de la familia	60
Contradicciones, paradojas e ironías (el papel de los padres en la eclosión de la enfermedad mental)	61
El Doble Vínculo de los pacientes. Indistinción de tipo lógicos	69
Estructura familiar y Doble Vínculo	72
Despersonalización y simbiosis	76
Los síntomas tienen un contexto.	79

Viñeta 3	81
----------	----

CAPÍTULO III. LA FAMILIA TRASTORNADA: EFECTOS DE LA CONVIVENCIA CON UN ENFERMO MENTAL

La interacción y el ordenamiento de la situación	83
La sanción social: la desviación y el otro	91
Convivir con un enfermo mental	94

Sentimiento de culpa	98
Deseos de muerte. Testimonios familiares	101
La familia trastornada.	103
Viñeta 4	105
La infancia como destino	110
De prepaciente a paciente crónico	112
CONCLUSIONES	115
BIBLIOGRAFIA	120

Introducción.

Sobre el trabajo del campo

Como parte del seminario de investigación Teoría Social y Criminología impartido por el Dr. Víctor A. Payá se desprenden dos prácticas de observación al hospital Psiquiátrico del Carmen. El primer contacto que tenemos los estudiantes de la licenciatura en Sociología de la FES Acatlán con dicho hospital surge en el mes de marzo del 2005. Con miedo y asombro nos enfrentamos ante la misteriosa imagen de la locura, y no es para menos ya que los retratos que nos han vendido de ella les ha costado la libertad a muchos enfermos. La enfermedad mental, siendo una de las patologías humanas más enigmáticas, no está exenta de generar sus propios imaginarios sociales, que al principio de la visita no dejaban de rondar como una nube de fantasmas en nuestros prejuicios: que si son peligrosos, librepensadores, que si su naturaleza es más próxima al reino animal, que si la enfermedad se puede transmitir vía contacto con ellos, etcétera. Todas esas imágenes parecen convivir en un mismo espacio, en un mismo tiempo, la institución las atrapa y las convierte en parte de su dinámica; todas esas imágenes iban perdiendo su estatuto de estigma (que siempre resulta tener elementos de falsedad en tanto que no es la imagen del sujeto sino la identidad que se le asigna), conforme las horas dentro del hospital trascurrían. Al final de las visitas no se veía a los pacientes como seres provenientes de otros mundos sino como humanos con pequeñas diferencias, seres con los cuales se puede platicar, jugar, engañar y por supuesto también ser engañado; aún así la conciencia moral nunca dejó de atormentar: entre gritos de expresiones inefables, entre risas de bocas desdentadas, buenas voluntades, delirios fijados en una misma idea que se repite en una eternidad cíclica, se esperaba el confort que puede ofrecer el final de la visita.

Tal experiencia se vio intensamente enriquecida gracias a la atención y a la facilidad que nos ofrecieron las autoridades de la institución, dirigida por el Dr. Carlos Pavón. En estas dos primeras visitas se tuvo acceso irrestringido al

Introducción

hospital, lo que se traduce en el acceso a todas las instalaciones (dormitorios, áreas de visita, áreas recreativas, de taller), así como al registro de la dinámica institucional (se nos explicó como funciona el hospital) e interacción con los pacientes.

El sanatorio del Carmen alberga a pacientes de sexo masculino y femenino afiliados al IMSS que en su mayoría presentan síntomas crónicos. La gran mayoría de los pacientes tienen una edad madura. Este es un hospital con funciones meramente asistenciales en la medida en que se encarga de pacientes incurables. Cuando la cura no es una promesa, las ilusiones familiares en torno al paciente comienzan a desquebrajarse, el internamiento puede ser eterno o por lo menos de tiempo indefinido: pasan de dos a tres meses y aún hay esperanzas de rehabilitación por parte de los familiares, después son 5 o 10 años, luego 15 o 20, o incluso más y la rehabilitación nunca llega... Muchos familiares terminan por abandonarlos. Tal abandono no puede ser considerado como casual o producto de mentes perversas, hay una historia detrás que obliga a familiares a recurrir a tales medidas. El abandono es considerado así, no como un problema moral (aunque no se niegue que lo sea), sino más bien como una adaptación ante determinadas situaciones, es un problema de socialización. No resulta fácil enfrentarse al dolor y los familiares prefieren apostar por el olvido. Pese a que la institución ha intentado resolver el problema comprometiendo a los familiares en múltiples sentidos: se les ha sugerido que si no hay quien se responsabilice por el paciente la institución amenaza con darlos de alta, han obligado visitas quincenales en las cuales se brinda una plática dirigida a las familias, entre otras medidas, ninguna de ellas parece ser lo suficientemente efectiva puesto que los abandonos persisten.

Ante tal problema el director del sanatorio permitió que nuestras visitas de observación se volvieran constantes, sugiriendo los días jueves, ya que son los días de encuentro familiar. Además del acceso irrestringido, nos dio la facilidad de entrevistar a familias, a personal de la institución e internos. Sociólogos con grabadora en mano estuvieron recorriendo libremente los pabellones de la institución durante varios meses del 2005. En el mes de Diciembre del año

mencionado se decide cerrar el trabajo de campo para comenzar con el trabajo bibliográfico con el propósito de enriquecer la experiencia. La presente investigación, en este sentido, representa un informe a cerca de la relación que guarda la familia con la enfermedad mental en esta institución, de manera particular, aunque de manera general pretende destacar la dimensión social de la enfermedad mental, esto se pretende lograr desde el discurso que pronuncia la familia del paciente psiquiátrico y el discurso médico.

El material recopilado durante este tiempo, está constituido principalmente por entrevistas, aunque una parte considerable son notas que conformaron un diario de investigación. El conjunto de datos recogidos por varios compañeros sociólogos constituyó un diario de investigación que expresa el trabajo conjunto. En más de 700 cuartillas están descritas las entrevistas realizadas y las vivencia en la institución de los siguientes compañeros: Isabel Torres Coronel, Alberto Gaona, Isabel Pérez Godinez, Jazmin Gonzáles Martinez, Alberto Quiroz, María Claudia Medleg, Cecilia Silva Álvarez, y por supuesto nuestro coordinador de proyecto el Dr. Víctor A. Payá. Este material ha sido utilizado indistintamente a lo largo del desarrollo de la investigación, aunque se reconoce el trabajo conjunto.

En la medida en que las entrevistas que se realizaron se hicieron bajo la disciplina de una institución total, en este caso el hospital psiquiátrico del Carmen, el análisis de las relaciones familiares que del material se desprenden, se reconoce, quedó muy restringido y con muchas lagunas. En primer lugar, porque las relaciones familiares se dan en el tiempo y en la dinámica especificada por la institución. En la medida en que los familiares se presentan en un escenario del teatro de la vida cotidiana, puede ocurrir que no presenten las conductas que les son habituales en el “escenario posterior”, como señala Goffman, que es el hogar. En segundo lugar, la relación que se establece entre los mismos familiares se puede ver modificada cuando se introduce un tercer elemento (el segundo es la institución), es decir, el investigador. Los familiares bien pueden reprimir ciertas acciones cuando se saben observados. Además de estos problemas etológicos hubo un problema de corte metodológico que parece afectar la calidad de todo el material recabado. En un principio la investigación no tenía un claro objetivo en la

Introducción

medida en que, como fue mencionado, se desprende de un par de prácticas de observación. Se aplican cuestionarios pero éstos son semielaborados y con poca orientación teórica. Los objetivos de investigación se fueron construyendo poco a poco a la par de que se recogía material etnológico y bibliográfico y las entrevistas se fueron afinando cada vez más. En la medida en que se continuaba con la revisión teórica, nos pudimos percatar que a las entrevistas les faltó cierta profundidad, hubo varios aspectos que no se contemplaron como: visitas al hogar de las familias, mapas topográficos de la distribución hogareña, relación de nombres propios, pláticas con los miembros que nunca asistían de visita al hospital, entre otras limitaciones que muchas veces se vieron obstaculizadas, además y con justa razón, por las resistencias de la familia en mantenerse como un grupo hermético, es decir como un sistema homeostático.

Pudimos percatarnos, así mismo, que cada miembro en entrevista tenía una versión diferenciada del otro familiar, había otros recuerdos, otras actitudes, otra manera de establecer relaciones con el paciente: cuando platicábamos con una madre ésta arrojaba datos que se podían enriquecer sólo en la medida en que se podía platicar con el padre o con el hijo. De ahí la necesidad teórica de contemplar a toda la constelación familiar como parte de un mismo sistema, pero con la limitación práctica de poder hacerlo por la condición que la misma familia nos imponía.

El trabajo de mecanografiar, que resume la labor de campo, es utilizado en la presente investigación a modo de ilustración. Se ha insertado ejemplos, a modo del estilo utilizado por George Devereaux en su obra *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*¹, para ilustrar, más que para demostrar, la conjugación teórica. Sin embargo no todo lo escrito está influido por la teoría pues hay apartados completos que surgen de la vivencia en el hospital, pero sobre todo, cabe destacar, se decidió utilizar a los autores y su exposición teórica en la medida en que el material requirió de tal profundidad. La experiencia fue el factor determinante en la pertinencia, o no, de tal o cual teoría.

¹ Devereaux, George, *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI, 1991. Un estilo similar se encontró en Jean Guyotat en su obra: *Estudios de antropología psiquiátrica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1994.

Como fruto de la información acumulada, antes de cada capítulo se ha insertado una viñeta que relata, a manera de una historia, el drama imaginario que viven los pacientes internados, dichas historias fueron elaboradas a partir del diario conjunto de investigación, esto con la finalidad de ayudar a ilustrar algunas situaciones cotidianas dentro del hospital.

Sobre la estructura de la investigación

El tema a tratar consiste en la relación que se establece entre la familia y la enfermedad mental. Sociológicamente, la manera en que estas variables están relacionadas puede ser entendida de dos formas: la enfermedad mental como manifestación del sistema familiar y, en segundo lugar, los efectos que produce la enfermedad en el grupo. Ambas variables (causas y consecuencias) se pretenden abordar desde un enfoque microsocio y grupal, estudiando, en el caso de la primera, el origen de la enfermedad mental en la estructura y en la dinámica de las relaciones afectivas de la familia. Se pretende destacar cómo es que la familia puede influir conciente, no conciente o incluso inconscientemente, en las perturbaciones mentales de sus vástagos. Este argumento, que será abordado desde la microsociología en el segundo capítulo, no parece ser nada novedoso, es un problema que ha sido desarrollado por múltiples investigadores en diversos países, sobre todo a partir de siglo XX, aunque por alguna razón indefinida el discurso médico parece desconocer o incluso negar esta manera de explicar el origen de la enfermedad, es decir, no sólo no es contemplada sino que muchas veces esta apuesta teórica es colocada en una lógica de lo improbable: no se admite con razón de verdad científica a este conocimiento. Es como si todo lo que la enfermedad manifestara fuera expresado desde el cuerpo meramente biológico, negando la posibilidad de reconocer al sujeto como un ser social y cultural, determinado biológicamente por una historia, historia que se define en convivencia con los otros asignando así, a cada quien, un lugar simbólico dentro del mundo. La

siguiente expresión, emanada de un médico, quizás ayude a ilustrar ésta manera de concebir a la enfermedad mental:

El cerebro es un órgano dañado y se le debe de dar una sustancia para que trabaje bien. Es como el diabético. El paciente con diabetes es lo mismo que el paciente deprimido o el paciente esquizofrénico. Hay sustancias químicas en el cerebro trabajando mal, por eso el paciente se pone así, mal. La diabetes no se cura. Ningún endocrinólogo, ningún gastroenterólogo, ningún internista o sea, ningún médico puede curar la diabetes. Nada más se controla con insulina, con hipoglucina, pero la alteración funcional del páncreas, que es la que está produciendo la alteración del metabolismo de la glucosa, nadie lo ha curado, eso no se cura... Bueno, les pongo este ejemplo para darles a entender que la enfermedad mental también es una enfermedad aunque psiquiátrica. En el paciente psiquiátrico hay una alteración del juicio, el paciente no se da cuenta de que está enfermo, entonces es más difícil manejarlo porque no crean algo que se llama conciencia de enfermedad, el paciente no se da cuenta de que está enfermo, no se da cuenta de lo que hace y lo que dice. Ahí interviene la familia, porque la familia es la que trae al paciente: -Dr. se lo traigo porque se quiere matar o lo traigo porque se está drogando todo el día en la casa o lo traigo porque ya nos pegó a todos, le pegó a la abuelita, casi la mata-. O sea el paciente no viene por si mismo a la consulta, por lo regular es la familia la que lo trae porque lo ve mal.

La conducta del sujeto es considerada así como una enfermedad que se tiene que medicar. El análisis que pudiera surgir de las relaciones familiares, que bien puede marcar el destino del enfermo, con frecuencia resulta estéril porque las manifestaciones –insiste el discurso médico-psiquiátrico- son producto de la falta en un componente químico del cerebro. Se sabe, sin embargo, que los síntomas (considerados por ciertos teóricos como conductas no reconocidas socialmente), tienen un objeto que muchas veces es social, no son producto del azar ni influidos por un instinto anárquico o animal, en las agresiones hay un vínculo que exige el reconocimiento del otro, aunque muchas veces tal vínculo es trágico.

La explicación degeneracionista expuesta a fines del siglo XIX parece tener cierta coincidencia con la explicación médica de hoy, aunque claro, con las respectivas distancias que establece casi un siglo de descubrimientos científicos y del pensamiento. Recordemos que el criminólogo italiano Cesare Lombroso, considera que los delincuentes lo son por su biotipo, la explicación anatómica de

su cuerpo marca el destino insalvable para el delincuente y por ello tal criminólogo de la escuela positivista buscaba la posición del maxilar, el tamaño de los ojos y el carácter de la mirada, la forma de la boca, etcétera, para descubrir así la etiología de la delincuencia. La determinación del enfermo mental parece ser similar, aunque, como ya fue mencionado, con las debidas modificaciones que puede aportar un siglo de acumulación del saber, aun así, los médicos de hoy buscan un especie de biotipo, esta vez dado en los componentes bioquímicos (o en la falta de ellos) del cerebro.

Tales argumentos no intentan negar o restar importancia a los avances de la ciencia en el estudio del cerebro, ni desconocer la necesidad del médico y del medicamento en el tratamiento de la enfermedad mental, sino sólo se pone en duda aquellas expresiones que consideran que, todas las conductas psicóticas de los sujetos están en relación a un mal funcionamiento de sus componentes neurofisiológicos. A este respecto cabe destacar el hecho de que algunos médicos no niegan rotundamente, al menos en el nivel teórico, la influencia de factores biográficos en la determinación de ciertas conductas psicóticas, el problema, en tal caso, es la falta de claridad en la aplicación de este conocimiento sobre el nivel práctico, puesto que las familias (que bien representan una clara influencia en el desarrollo de conductas psicóticas funcionales, en contraposición éstas con las orgánicas), no reciben apoyo médico o psicológico por parte del psiquiatra, incluso ni siquiera son contemplados como parte de la enfermedad porque, repito, de acuerdo con su cosmovisión, dicha enfermedad tiene un fundamento meramente biológico. Más que una crítica a la concepción médica, este informe pretende ser un aporte que, como ya fue mencionado, tampoco es del todo novedoso.

Del problema anterior surge la necesidad de contemplar a la enfermedad mental no es su fundamento organicista sino como una manifestación cultural, esto es: la enfermedad mental no siempre existió como enfermedad, se trata de una construcción histórica, específica de la ciencia positivista, que, en tanto constructo, no es inmutable ni eterna. Quizás en un futuro se vea en el enfermo mental a un ser con el que se puede entablar relaciones sociales “diferentes” y no como “un humano casi animalito que ha extraviado la razón”, por la naturaleza de

Introducción

su composición cerebral, como antaño se veía en ellos a un posible poeta extravagante que expresaba una prosa incoherente pero profunda o a un trotamundos rondando libre por las calles de las ciudades, a un librepensador o a un comediante trágico, etcétera. El primer capítulo, en este sentido, pretende dar cuenta de la configuración social de la enfermedad, a la vez que representa una introducción para acercarnos al tema de la familia y la enfermedad mental desde una retrospectiva histórica. Michel Foucault representa en este sentido una referencia obligada y un pilar esencial para el desarrollo de tales argumentos.

El segundo capítulo, como ya fue mencionado, pretende dar cuenta de las relaciones afectivas que hay en el grupo puesto que, las relaciones de amor pueden convertirse en un nervio esencial de observación sociológica. Este apartado da cuenta de las patologías en el vínculo y se toma principalmente como referencia a la ambigüedad. Cuando el vínculo se vuelve tóxico, el resultado puede ser algún desajuste emocional que se puede expresar, bajo ciertos acontecimientos propios del grupo, en una enfermedad mental.

Finalmente, el último capítulo pretende dar cuenta de la construcción de la enfermedad mental no ya en su sentido cultural sino en la interacción cotidiana. El enfermo mental es en primer lugar un infractor de los rituales de interacción aún antes de ser considerado como enfermo, se trata de una persona que viola las formas de mirar, de guardar silencio, de mantener una postura pero sobre todo de no realizar acciones reparadoras ante un error de conducta, con frecuencia no piden perdón o no se excusan e incluso ni siquiera se dan cuenta de su falta. Es un reincidente incommovible. Ello les valdrá el rótulo de enfermo que, es una de las acciones reparadoras más eficaces.

La violación a las normas de convivencia no implican una enfermedad tan sólo en la medida en que perturba y es catalogada de esta manera por los demás: "Ser, o creerse, Napoleón a él no le incomoda, sino sólo a su familia", los síntomas se presentan en la convivencia social y son del orden de ésta, sin embargo algunos de ellos son (mal) entendidos como una manifestación del orden biológico. Este capítulo da cuenta, así mismo, de los desajustes emocionales que son producto de la convivencia con un enfermo mental, en este sentido es

fundamental recuperar la historia del paciente y la narración de los familiares entorno al problema. El uso del análisis discursivo es el método que nos permitirá poner énfasis en los hechos sociales producto de tal del desajuste emocional, tales hechos pueden ser: deterioro de la economía familiar, abandono del paciente en la institución, negación de su persona en la dinámica de la familia, etcétera.

En suma, la presente investigación pretende dar cuenta de las causas y las manifestaciones de la dimensión social por las que la enfermedad mental está, por decirlo de alguna manera, cruzada.

El antisueño de la cenicienta (Viñeta 1)

Médico: El que nace para maceta, no pasa del corredor ¿Qué significa eso?

Paciente: Pues que, quien nació para estar en un hospital ya no lo sacan para nada

Una mística revelación le fue conferida a una paciente. Probablemente la mirada ciega de nosotros, los que somos profanos, no alcance a descifrar su eficacia, pero me atrevo a asegurar que, por el tono en que lo expresó, la revelación es irrefutablemente cierta; le daba a entender, de algún modo, que seguía viva y que las articulaciones y los sueños no tenían porque dejar de funcionar.

A ella, mientras estaba sentada en el pabellón del psiquiátrico, se le subió un animalito chiquito, le caminaba por el brazo y hacía así, con sus patitas, "como que tallaba algo", El mundo a su alrededor se detuvo, la atención quedó presa ante la revelación divina, se encontraba a duras penas comprendiendo la áspera congoja, no sé con precisión si azul o castaña, tan sólo que era fatalmente buena: "...cuando me muera y me vaya al cielo, si es que voy, voy a tallar pisos, así, hincada pero tallando pisos, es que esos animalitos que ya son de Dios, bajan desde el cielo, Dios los manda... quiero limpiar mi casa, barrerla, trapearla, lavar pisos..."

No será suficiente el monótono encierro, ni sus complejos mecanismos de control sobre el cuerpo y el ánimo, ni será suficiente la incómoda promesa de una enfermedad eterna, aún siquiera el insostenible abandono familiar o la medicación permanente, nada de eso puede pesar lo preciso como para evitar que se abracen sueños de libertad; después de todo, el ser humano no es capaz de quedarse inmóvil ante sus deseos y si la única manera de seguir es por medio del mundo onírico, ninguna adversidad será capaz de impedirlo, ni aun el hecho de encontrar el sueño descalzo y en harapos...

Capítulo I

Configuración social de la enfermedad mental

La escisión de la enfermedad mental: el cuerpo y medio social.

Es comprensible que se haya necesitado mucho tiempo para que se difundiera la idea de que la diferencia entre el enfermo mental y el sano, como la del hombre blanco de occidente y el 'primitivo', no pasa por la naturaleza sino por la cultura: que la diferencia no es de componentes sino de organización.

Isidoro Berenstein.

Se afirma que la enfermedad mental está constituida por aspectos naturales e ideales; naturales porque los enfermos mentales manifiestan ciertas patologías, que se revelan en su cuerpo en tanto es el espacio físico y visible dado por la naturaleza; e ideales porque los desequilibrios mentales aceptan una lectura médica: el enfermo aporta perturbaciones que el médico debe abstraer con el lenguaje, las creencias y los avances de su tiempo para diagnosticar *la enfermedad*.

Actualmente el discurso médico sabe que los aspectos 'naturales' de la enfermedad están en el ser biológico, sin embargo, la localización de la enfermedad no siempre estuvo ahí, se trata de un dato histórico que la ciencia médica positivista del siglo XVIII se encargó adecuadamente de clarificar.¹ El cuerpo como portador de patologías es un dato histórico que no aporta la primera explicación de la enfermedad ni tampoco la última.

Antes de que la ciencia médica se consolidara, ya había explicaciones sobre el origen y la naturaleza de la enfermedad como efecto de algo más que la materia física, por ejemplo, la posesión divina o demoníaca. El *loco* (se le considera así ya que aún no adquiere el estatuto de enfermo), es resultado de las providencias supraterráneas, es un pretexto, un medio propicio, sea para que le acechen la amenaza demoníaca o bien el resplandor divino, en tales situaciones

¹ Ya desde la antigua Grecia había explicaciones de que la enfermedad estaba en el cuerpo. Hipócrates, por ejemplo en el siglo IV a.c., considera que, la salud y la enfermedad se explicaba en términos de humores. La salud lo es por el equilibrio de 4 humores: la sangre, la cólera (bilis amarilla), la melancolía (bilis negra) y la flema, en este sentido Roy Porter señala: "El exceso de sangre o de bilis amarilla era causa de manías, mientras que el exceso de bilis negra, por ser esta demasiado fría y seca, traía como resultado ruindad, melancolía o depresión" (Porter, Roy. *Breve historia de la locura*, España, Fondo de Cultura Económica. 2003, p. 49.). Sin embargo, es hasta el siglo XVIII que la explicación del cuerpo como portador de la enfermedad tiende a mirarse con métodos científicos.

su mirada, sus acciones y sus palabras dejan de ser una manifestación de este mundo profano y terrenal.

Otra explicación es aquella que se asoma con la noche y la luna; el influjo de tan majestuoso satélite repleto de un poder tal como para movilizar al mar, esa masa gigantesca con apariencia de eternidad, de la misma manera como sobrevive a la vida diurna del hombre, tiene igualmente la fuerza para trastornar su mente, sobre todo de aquellos espíritus frágiles, es decir: los débiles mentales o lunáticos.

Al principio, ella –la *estulticia*–, no tenía rostro, al menos no como el actual. Si a pesar de todo, se pudiera recordar alguno éste sería etéreo: a veces comediante, trágico, seductor, liberador, tormentoso. En un principio la locura no era considerada en la dimensión de las enfermedades, tendría una voz lastimosa pero no se catalogaba como una patología humana, sino apenas como una diferenciación. Es bajo este contexto que el filósofo neerlandés Erasmo de Róterdam apenas iniciado el siglo XVI se atreve a elogiarla, reivindicándola como fuente de vida. Si la locura ha adquirido el estatuto de enfermedad ello se debe a la acumulación de un saber positivo.

Encontramos de esta manera, dos explicaciones y al mismo tiempo dos saberes a cerca de la enfermedad mental y su origen; se trata de dos definiciones que acumulan conocimientos conforme la historia de la humanidad avanza: el primero entiende a la enfermedad como una “causa próxima” al cuerpo, es decir, la enfermedad se halla en los componentes neurofisiológicos del hombre, principalmente en su cerebro, la enfermedad en este sentido es concebida como un defecto de la naturaleza. El objeto de estudio es el organismo biológico. El segundo saber entiende que la enfermedad está influida por “causas lejanas” al cuerpo: posesión demoníaca o divina o bien por el influjo de la luna, más tarde se instalará la explicación en el medio ambiente, la clase social o incluso la familia. Desde este segundo saber se considera que el mal no es exclusivo del sujeto, se entiende que el ser humano nace con una voluntad maleable que se construye por la experiencia y por tanto su objeto de estudio no es el cuerpo sino el contexto y la historia del sujeto.

Ambas explicaciones están instaladas en el conocimiento humano, a veces se disocian debido a que la construcción epistemológica difiere bastante, otras veces se reconcilian ya que el problema es el mismo; lo que es innegable es que ninguno de los dos discernimientos pueden expresar argumentos totalmente convincentes en torno a la locura, ella sigue siendo aún tan compleja que escapa al entendimiento humano.

Los estudios de carácter científico que se han realizado sobre las “causas lejanas” de la enfermedad (y en los cuales está basada la presente investigación) comienzan a adquirir importancia a partir del siglo XVIII, pero es hasta el siglo XX cuando tales indagaciones destacan la participación de la familia en la detonación de la enfermedad mental. Adquieren una mayor proliferación y aceptación debido, en gran parte, a la influencia que han ejercido teorías contemporáneas como es el psicoanálisis, la teoría de los sistemas y el pensamiento complejo, el desarrollo de la antropología o la microsociología y su concepción fenomenológica del otro. Una vertiente importante que se deslinda de la experiencia positivista y que incluso desembocó en movimientos políticos interesantes fue la antipsiquiatría; ésta tuvo su apogeo en la segunda mitad del siglo XX en países como Inglaterra, Francia, Italia o Estados Unidos.

La locura es tan vieja como la humanidad misma, el hombre antiguo ya había establecido intuiciones de que la *estulticia* es más que una manifestación de un cuerpo defectuoso, que su dimensión no es solamente del orden de la materia física, es más que terrenal; sin embargo, no es sino hasta el siglo XX que tales intuiciones pueden ser construidas. En el afán de comprender a la enfermedad mental, el conocimiento humano y su gradual especialización ha hecho de la locura una especie de torre de babel, los diferentes diálogos que se expresan se pueden concebir en dos sistemas de explicación que, aún a la fecha siguen generando argumentos a favor y en contra en cuanto a su origen y su naturaleza, no hay todavía una opinión generalmente aceptada; es de esta manera que se puede asegurar que la enfermedad mental es una manifestación del conocimiento humano. Tal aspecto ideal no pretende poner en duda su existencia, tan sólo enfatiza que la locura ha sido nutrida por un sin fin de anécdotas comprobables en

la experiencia histórica de la humanidad que han cambiado no sólo la percepción en que se le tenía sino también la manera de tratarla.

Saberes divididos en torno a la enfermedad mental

Todas las enfermedades mentales vienen en el DSM-IV, si no están en ese librito es porque la enfermedad no existe. Se trata de la clasificación internacional de padecimientos mentales... cada año salen más enfermedades.

Médico psiquiatra

La construcción del discurso científico generalmente se relaciona con los fines; las palabras, en tanto significantes, tienen la facultad de ser manipuladas en un rango de pretendida verdad, siempre y cuando denoten un hecho real y demostrable. Con frecuencia llega a suceder que se arrojan datos viejos con carita de nuevos, hechos que se repiten cíclicamente a través de la historia en una permanencia eterna, sucesos o explicaciones que regresan bajo un nuevo pretexto, con nuevos argumentos. Quizás muchas de las experiencias que se presentan a continuación a cerca de la enfermedad mental siempre han estado ahí, en la historia y por tal motivo, ubicarlas específicamente como efecto de una historia occidental moderna parecería ser arbitrario. La razón principal para tal delimitación recae en la vigencia que guardan, en donde, si bien el contenido ha cambiado, la forma parece mantenerse, además de que, tales hechos se evidencian en la historia moderna con otro tipo de claridad o como efecto de la modernidad.

A mediados del siglo XVII, se inicia la especialización del saber en torno a la enfermedad mental con la llamada "medicina de las especies". En Europa, se clasifica y se coloca a los enfermos en categorías, familias y grupos. Las categorías adquieren así una connotación de independencia al cuerpo, la enfermedad se convierte en una instancia privilegiada de la abstracción; los médicos configuran a la enfermedad dentro de un cuadro de clasificaciones bajo la influencia del modelo botánico. Ni el principio ni las causas importan, tan sólo aquello que es visible en el cuerpo: "el paciente -señala un médico natural en su

ideología del ayer- es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis”.²

Los pensadores naturales no toleran lo tiránico que puede resultar el caos y el desorden e intentan contrarrestarlo haciéndolo conciente, clasificándolo, pues el postulado de la ciencia es que la naturaleza está ordenada, en este sentido Simpson, citado por Lévi-Strauss argumenta:

Los sabios soportan la duda y el fracaso porque no les queda más remedio que hacerlo. Pero el desorden es lo único que no pueden, ni deben tolerar. Todo el objeto de la ciencia pura es llevar a su punto más alto, y más conciente, la reducción de ese modo caótico de percibir... En algunos casos podremos preguntarnos si la clase de orden que ha sido forjada es un carácter objetivo de los fenómenos o un artificio creado por el sabio.³

La medicina de las especies está enfocada a encontrar una naturaleza estructural de la enfermedad. Observar, clasificar, diagnosticar y tratar al cuerpo. El paciente es visto sólo como aquello mediante el cual la enfermedad evidencia su verdad, es “el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado”.⁴ El padecimiento tiene cierta independencia del especialista y del enfermo. Zimmerman, médico francés de esta época presenta los siguientes argumentos a este respecto: “El autor de la naturaleza ha fijado el curso de la mayor parte de las enfermedades por leyes inmutables que se descubren bien pronto, si el curso de la enfermedad no es interrumpido o perturbado por el enfermo”.⁵ Es así que el sujeto queda anulado, estableciéndose que la enfermedad no se resuelve al descifrar lo que el paciente dice, ya que tiene un fundamento biológico.

La medicina de las especies se olvidó de contemplar un aspecto que le merecerán severas críticas: el sujeto, éste será rescatado, al menos parcialmente, en la segunda especialización del saber: la medicina del cuerpo. En efecto, en la medicina del cuerpo, con su cosmovisión vigente, encontramos un segundo

² Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada Médica*, México, Siglo XXI editores, 2002, p. 35.

³ Lévi-Strauss, Claude, *El pensamiento salvaje*, Fondo de Cultura Económica, México, 2003, p. 25

⁴ Foucault, M. *El nacimiento de la clínica... Op. Cit.* p. 92.

⁵ *Idem.* p. 32.

momento de especialización. La enfermedad deja de ser representada como un signo del exterior para convertirse en un signo que devora desde dentro. Se convierte en una certeza medible y demostrable. Se desarrolla toda una serie de técnicas que se definen y se afinan en el tiempo de la constancia. El cuerpo ya no es una manifestación sino una causa de la enfermedad, hay una etiología, un origen que es puesto en la anatomía del sujeto, en el mal funcionamiento de alguno de sus miembros; existe una *causa* de la enfermedad que es *próxima* al cuerpo. Para el caso de la enfermedad mental dichas "causas próximas" están en los componentes sólidos y líquidos del cerebro, he aquí un ejemplo:

Bonet ha visto en la autopsia del cerebro de los maníacos, seco y quebradizo, el de los melancólicos húmedo y congestionado de humores; el de la demencia la sustancia cerebral estaba muy rígida o por el contrario excesivamente relajada pero en un caso y en otro desprovista de elasticidad.⁶

Se práctica la cirugía con los cadáveres de enfermos mentales, se estudian, se miden, se estiran, se pesan y se concluye que hay diferencia entre ellos, diferencia que se manifiesta en tal o cual enfermedad. Los síntomas que se declaran en la cotidianidad tienen su causa en los componentes neurofisiológicos: la noción de *sede* sustituye definitivamente a la de *categoría*, "La determinación de la *sede* de las enfermedades, o su localización -asevera Bouillaud-, es una de las más grandes conquistas de la medicina moderna".⁷ El parecido entre los pacientes es entendido porque la carencia de algún componente químico de tal órgano es la misma: una persona con gripa se parece más, en sus síntomas, a otra persona con gripa que a una persona que padece de cirrosis, de la misma manera que una persona con cardiopatía no se parece a una con tiroides. Hay una causa única y ésta está referida al ser biológico. La racionalidad de la naturaleza es la misma que la descubierta por el médico. Parece pertinente, aunque no por ello menos anacrónico, señalar a este respecto que el parecido es una construcción, la

⁶ Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica, Vol. 1*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002, p. 339.

⁷ Foucault, M., *El nacimiento de la clínica... Op. Cit*, p. 199

estructura de bivalencia, de parecido o de diferencia no es natural, Lévi-Strauss, casi dos siglos después a este descubrimiento, señala:

Las condiciones naturales no se experimentan. Lo que es más no tienen existencia propia, pues son función de las técnicas y del género de vida de la población que las definen y que les da un sentido, aprovechándolas en una dirección determinada. La naturaleza no es contradictoria en sí misma; puede serlo, solamente, en los términos de la actividad humana particular que se inscribe en ella; y las propiedades del medio adquieren significaciones diferentes según la forma histórica y técnica que cobra tal o cual género de actividad. Por otra parte, y aun promovidas a este nivel humano, que es el único que puede conferirles la inteligibilidad, las relaciones del hombre con el medio natural desempeñan el papel de objetos de pensamiento: el hombre no las percibe pasivamente, las tritura después de haberlas reducido a conceptos, para desprender de ellas un sistema que nunca está predeterminado: suponiendo que la situación sea la misma, se presenta siempre a varias sistematizaciones posibles.⁸

De ahí quizás venga el problema del diagnóstico que se presenta con frecuencia a los médicos. He aquí un ejemplo:

Ejemplo 1: La madre de un enfermo mental señala que su hijo fue diagnosticado con demencia, en su lugar de origen; motivo por el cual se trasladó de domicilio, llegando a la ciudad de México, para que su hijo fuera tratado; aquí se le dijo que no se trataba de demencia sino de paranoia. "Sólo es el nombre de la enfermedad, de cualquier manera el sufrimiento es el mismo", señala ella con resignación.

En la medida en que se entienda a la enfermedad como una abstracción humana, se pueden entender otros cursos posibles para la misma, de hecho en el transcurso de la historia las sociedades la han considerado de diversas maneras; de igual forma los diferentes grupos de una misma sociedad pueden tener una opinión discrepante con respecto a ella; que no haya una opinión generalizada en todos los momentos históricos y en todas las sociedades; o incluso que, y esto es sólo parcialmente, el hecho de que la edición de la clasificación anglosajona de enfermedades mentales DSM-IV sea cada vez más extensa, es en sí mismo un

⁸ Lévi-Strauss, C. *El pensamiento salvaje... Op. Cit.*, p. 142

síntoma de lo escurridizo que es el tema.⁹ Esta segunda especialización está tan enlazada en el pensamiento médico actual que el análisis que ella inspira se continuará en el siguiente apartado del presente capítulo.

Hasta este punto histórico, las especializaciones del saber en torno a la enfermedad mental lejos de ser antagónicas son complementarias; las opiniones, sin embargo no son generalizadas ya que comienzan a desarrollarse nuevas ideas a fines del siglo XVIII, las cuales consideran que las causas de la enfermedad mental no están en el cuerpo, sino que orientan su atención hacia “causas lejanas”, es decir, hacia aquellos elementos que provocan un malestar que está fuera del sujeto. Esta concepción es vieja, pero tiene rasgos nuevos: la desmitificación. En un pasaje del antiguo testamento se narra cómo el rey Nabucodonosor es víctima de un castigo divino: la locura, causada por su exagerado ego:

Con las bestias de los campos tendrás tu habitación -fue la sentencia con la que Dios castigó al rey Nabucodonosor-, y con las bestias te aposentarás... En la misma hora se cumplió la palabra sobre Nabucodonosor y fue echado de los hombres y comía yerba entre los bueyes y su cuerpo se mojaba con el rocío del cielo, hasta que su pelo creció como plumas de águila y sus uñas como las de las aves.

Desde esta concepción la locura, como se ve en tantos otros mitos de la humanidad, no proviene del cuerpo sino de causas lejanas a éste. La desmitificada sociedad occidental del siglo XVIII ya no ve con disposición de verdad tales narraciones pero la metamorfosis del discurso aún sigue manteniendo contenidos temáticos o modalidades lógicas semejantes; en un nivel más abstracto de especialización se sigue creyendo que la enfermedad mental es más que una manifestación del cuerpo, el valor significativo de tal intuición desarrolla el concepto de “medio ambiente”, éste se transforma en una causa lejana que puede influir en el enloquecimiento de cualquier hombre.

⁹ A este respecto es importante no dejar de considerar que, la modernidad crea también nuevas formas de alienación: la organización de la sociedad y sus actividades humanas específicas en ciertos momentos históricos suelen provocar nuevos malestares mentales: las épocas de crisis económicas o de guerras son un buen ejemplo para la proliferación de nuevas enfermedades mentales.

Una sociedad que no frena deseos, una religión que no reprime, una economía que no da dicha a los sujetos, representan fuerzas del “medio” que penetran en la razón del hombre y que también pueden trastocar su cordura. Las causas de la enfermedad se vuelven parte de las actividades cotidianas. Las estructuras fisiológicas del hombre común se comparan con la de los enfermos mentales, así mismo germina la idea de que el “medio” tiene la capacidad de amplificar y multiplicar los mecanismos fisiológicos y psicológicos de la sinrazón. La civilización, en este sentido, constituye un medio que provoca el advenimiento de pasiones (pena, terror, cólera), que a su vez perjudican la salud mental. La cultura ofrece nuevas oportunidades para alienarse. La otra cara del progreso es la alineación mental: “entre los hombres de letras -por ejemplo- es el cerebro el que endurece y por eso están más abocados a la demencia”.¹⁰

Ya desde el siglo XVI la literatura española adelantaba la idea anterior, representada por Miguel de Cervantes quien, en 1605 publica la primera parte de su *Ingenioso Hidalgo don Quijote de la Mancha*. El personaje principal se ve encerrado en el mundo de la fantasía producto de lecturas sobre caballería, espejo de la sinrazón de la sociedad y su producción literaria; el *Caballero de la triste figura* no es visto, sin embargo, desde los otros actores del cuento como un ser patológico sino como una divertida y trágica parodia que invita al mundo de la ensoñación, diferencia fundamental que marca un trato distinto con aquellos seres del siglo XVIII, los cuales, en calidad de enfermos mentales, tienden a ser tratados de un modo distinto.

La proliferación de las enfermedades mentales es entendida, bajo la noción de “medio ambiente”, como consecuencia de las crisis económicas, de guerras, del cambio de la estructura y de los valores sociales. Así, el incremento de los enfermos mentales responde a momentos históricos y es una manifestación de la sociedad. La enfermedad mental no sólo es una percepción del entendimiento humano puesto que la sociedad también ofrece algunos elementos para que se manifieste la perturbación mental.

¹⁰ Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica, Vol. II*. México, Fondo de Cultura Económica, 2002, p. 49.

El tercer momento de la especialización del saber acerca de la enfermedad mental inicia cuando entra a escena este conocimiento sobre las “causas lejanas”. A la medicina de las especies, que clasifica y coloca a los enfermos en categorías y a la medicina del cuerpo, que pone la enfermedad en el organismo del hombre se le viene a sumar una serie de puntos de vista críticos que considera que la enfermedad no puede ser entendida sin el contexto de quien la padece; mares de tinta se derraman con esta concepción psicológica:

John Locke... desarrolló una crítica de las ideas innatas cartesianas o platónicas y de la Razón pura y estableció que todas las ideas se originan a partir de impresiones sensoriales (a través de la vista, del oído, del tacto, el gusto o el olfato). En un principio la mente es una hoja en blanco (*tábula rasa*) que luego se forma y moldea por la experiencia y se nutre por la educación... la locura es una falla en la cognición más bien que en la voluntad o la pasión.¹¹

Los dos puntos de vista que surgen de la división de saberes entre “causas próximas” y “causas lejanas” de la enfermedad prevalecerán simultáneamente en el discurso especializado. La psiquiatría del cuerpo, encargada de observar, clasificar, estudiar y recetar, y la psiquiatría del alma, encargada de establecer un diálogo con el enfermo y su medio, coincidirán asombrosamente bajo un mismo discurso: el de la sociedad. Estas dos visiones, basadas en construcciones epistemológicas antagónicamente diferenciadas logran una convivencia pacífica en la conciencia y en la creencia de la sociedad como si tales explicaciones tuvieran una dimensión mítica: conjeturas científicas que convergen armónicamente en el discurso familiar, importando poco que se trate de explicaciones opuestas. He aquí un ejemplo:

Ejemplo 2: Vaya que si no habremos activado y desactivado emociones en esta familia. Las horas de entrevistas rebasan la docena. En todas las palabras dichas se pudo presagiar una revoltura de explicaciones sobre el origen de la enfermedad. Una misma pregunta solía ser evocada con insistencia, la respuesta, sin embargo, venía con mutaciones, como si en el nivel del lenguaje

¹¹ Porter, Roy. *Breve historia de la locura... Op. Cit*, p. 65

la palabra nunca representara a la cosa: ¿Cuál considera que haya sido el origen de la enfermedad? Las respuestas fueron, más o menos las siguientes:

1. Antes de morir su madre le reveló un secreto familiar: tenía dos tíos enfermos mentales, ambos murieron en un hospital psiquiátrico (enfermedad heredada genéticamente).
2. Su hijo comenzó a manifestar síntomas a partir de que un carro le atropelló, se golpeó tan fuerte en la cabeza que ya nunca fue el mismo (lesión cerebral).
3. La convivencia del paciente con un abuelo alcohólico generó perturbaciones no sólo para el paciente sino también para la madre y los hermanos de ella. Los especialistas le han señalado que los golpes y la sinrazón de ellos no permitieron que el niño constituyera una personalidad (medio ambiente adverso).
4. La madre expresa con culpa, no haber querido a su hijo, lo rechazaba: "Quizás sea responsable, pero no culpable –nos dice ella como para justificarse-, porque uno por ignorancia comete muchos errores, hasta cierto punto acciones incultas y crueles..." (rechazo emocional).
5. El parto se retrasó por más de 12 horas. Le faltó oxígeno. Una posible explicación podría ser aquélla de cierta negación *a priori*. Ella fue rechazada por su pareja, después de llevar un noviazgo de nueve años y de vivir algunos meses con la pareja. Regresó a su hogar embarazada, lo cual le provocó discriminaciones por parte de toda la familia. El deseo de que su hijo no naciera, pues aún desde antes de nacer le había provocado ya tanto malestar, pudo evidenciarse en este retraso del parto (deseo de muerte).

Causas próximas al cuerpo (respuesta 1 y 2) y causas lejanas a él (respuesta 3 y 4) convergen en un mismo sistema de creencias. La participación de varias explicaciones, que poco o nada tienen que ver entre sí; éstas son mezcladas no de forma coherente, como exigiría un pensamiento lógico, sino de manera arbitraria. La multitud de explicaciones y planos distintos de la enfermedad adheridos en un mismo discurso, parecen pasar por alto que este fenómeno es un

hecho sociológico, fisiológico y al mismo tiempo psicológico, que tal vez sólo la respuesta cinco puede contemplar, en todas las respuestas anteriores el carácter específico de la enfermedad parece sustituir a la totalidad.

La inocencia de la sinrazón (antecedentes del internamiento)

El enfermo mental va perdiendo sus juicios primarios, va descendiendo su calidad humana... son como animalitos, ya no sienten.

Médico psiquiatra

El enfermo mental, el hombre en estado salvaje y el niño mantienen características similares que los distinguen del hombre común. La diferencia entre ellos parece ser sólo de grado, pero su forma particular se consolida a partir de la distancia que han tomado con la *razón* y la *conciencia*: la eterna infantilización del *loco* en su estado salvaje no es sino una manifestación que se asoma con el renacimiento de la humanidad, pero es hasta fines del siglo XVIII que se destacará su importancia para el internamiento.

En el siglo XVII, la luz que se arroja a la explicación de las conductas del enfermo mental se relacionan directamente con las buenas costumbres, la moral y la creencia inaugurada por la concepción cartesiana sobre el pensamiento como un ejercicio soberano propio de los seres humanos. ¿Cómo explicar pues el hecho de que un paciente golpee a la trabajadora doméstica con un tubo en la cabeza, se peleé con sus hermanos, rompa todo con ira y no quiera atención profesional? Sin lugar a dudas, manifestarán los médicos, que es porque carece de conciencia, porque ha perdido la racionalidad que caracteriza al espíritu humano maduro. Maud Manonni establece lo anterior de la siguiente manera: “El loco, en oposición al sabio, es el que ‘no sabe lo que hace’, muerde y desgarrar ‘cuando le fallan los nervios’¹². Así un médico señala:

¹² Manonni, Maud, *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, México, Siglo XXI, 2004. p.35

Los pacientes llegan a tener un deterioro mental que afecta su calidad humana, en los grupos, en lo laboral, ya no pueden trabajar para cubrir una determinada economía en la vida... eso es lo que hace a uno humano, ellos ya lo perdieron. ¿Qué quiere decir eso? Pues que uno tiene que tomar las decisiones por ellos, hasta de qué ropa le voy a poner, que va a comer...

Estos infantes eternos carecen de conciencia y de rastros de humanidad. En este sentido, una madre, que escucha el discurso médico se interroga en torno a la veracidad del mismo ante el grupo de sociólogos que la entrevistan: "el médico dice que no está conciente, yo digo que sí se da cuenta de lo que pasa ¿no? ¿Ustedes como lo ven?"

El tema sobre la conciencia o inconciencia de los actos es algo que no se sabía hasta antes del nacimiento de la medicina moderna, esto es entre los siglos XVII y XVIII; se pensaba, y aún hoy se continúa pensando (ya que tal forma de concebir a la enfermedad aún está presente en algunas familias), que las malas conductas están en la voluntad y en el deseo más que en un desajuste a nivel biológico o emocional.

Antes del nacimiento de la ciencia médica se considera que el humano es responsable de cuanto locura padece: "la locura es como una manifestación, en el hombre, de un elemento oscuro y acuático, sombrío desorden, caos en movimiento, germen y muerte de todas las cosas que se oponen a la estabilidad luminosa y adulta del espíritu".¹³ Se consideraba así que sí las personas pueden llegar a ponerse el disfraz de enloquecimiento y entrar así a un universo sin leyes es porque son ellas mismas quienes han elegido tal sendero. Antes de la medicina de las especies y de la medicina del cuerpo la locura simboliza los vicios y defectos de la humanidad, encarna el triunfo del mal sobre el bien, evidencia al espíritu perezoso y débil. El bien está sujeto a una moral social, el mal no lo está: la persona que enloquece es porque ha preferido liberar su voluntad, su libre actuar, ha redimido su instinto anárquico y por tanto se le considera más allá del mal que del bien, son más del reino animal que del reino humano y por lo tanto debe ser tratado como tal: como animal o bien como un ser humano débil que ha

¹³ Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica, vol. I...* Op. Cit, pp.27-28.

preferido la facilidad de la maldad. Tal forma de concebir al enfermo mental (como se ha mencionado), no parece haber sido del todo superada, se ha mantenido anacrónicamente en ciertas creencias populares, he aquí un ejemplo:

Ejemplo 3: El padre le administró, con una constancia permanente, una sabia dosis de golpes, castigos y humillaciones. El progenitor, como verdugo ignorante, no sabía que los 'errores de conducta' de su primogénita no eran del todo voluntarios: "Yo sí la golpee –nos confiesa durante alguna entrevista-, pero fue porque no lo sabía; hasta que me di cuenta que se comportaba así no por gusto, ya no le puse una mano encima. Claro que uno no sabe, uno quiere que sus hijos se porten bien..."

Algún médico señaló a este respecto que tal manera de proceder suele devenir en las familias con cierta frecuencia y se debe a que las explicaciones generadas por la ingeniería popular están muy arraigadas dentro de ciertas familias. Los padres consideran que los hijos se comportan así por rebeldía y por consiguiente el castigo suele ser mediante golpes, encierros caseros que duran varios días, en caso de resistencias se les administra baños de agua, etcétera.

El enfermo mental es considerado como un ser inocente de cuanta locura padece a partir del nacimiento de la ciencia médica moderna, ese saber que tiene como objeto de estudio el cuerpo entiende que a partir de tal espacio físico la enfermedad evidencia su verdad y ésta es biológica, los actos que de él puedan surgir tienen una correlación con el organismo. Las acciones, pues, tienen una existencia *a priori*. El organismo biológico es la causa que se instaura en la conducta del sujeto y es la prueba que constituye la enfermedad. Cabe aclarar, sin embargo, que si tal disciplina se ocupa del estudio de los enfermos mentales, en un primer momento por lo menos, no es con el fin de curarles o de darles tratamiento sino porque está estrechamente ligada a la moralidad: el loco es encerrado en el hospital porque degenera las costumbres. Sus acompañantes en el internamiento evidencia tal ortopedia moral: homosexuales, prostitutas, libertinos, vagabundos, pobres...

La medicina del siglo XVII y XVIII cambia la percepción en que se tiene a la locura, deja de percibirse al enfermo mental como producto de su libre albedrío,

es, ahora, defecto de la naturaleza. Entre estos siglos se considera a la alienación no como perteneciente al pecado, comienza a desaparecer su responsabilidad para dar paso a la concepción de que la *estulticia* es una deformación de la naturaleza. El tratamiento que recibían muestra que la (a partir de este momento llamada) enfermedad mental es puesta en el cuerpo, dado por la naturaleza y ya no más en su voluntad: sangrado, vomitivos y purgantes; se intenta eliminar el mal del cuerpo a través de estos mecanismos. Foucault señala al respecto:

Hacia mediados del siglo XVIII, Pomme cuidó y curó a una histérica haciéndola tomar “baños de diez a doce horas por día, durante diez meses completos”. Al término de esta cura contra el desecamiento del sistema nervioso y el calor que lo alimentaba, Pomme vio “porciones membranosas, parecidas a fragmentos de pergamino empapado... desprenderse con ligeros dolores y salir diariamente con la orina, desarrollarse a la vez el uréter del lado derecho y salir por entero por la misma vía.”¹⁴

Sin duda cada cultura tiene sus propias formas de percepción determinadas por sus horizontes epistémicos. En ese sentido, no se puede dudar de lo que el médico Pomme nos relata. Ahora, el enfermo mental es expiado de toda responsabilidad en sus actos, ante todo en los momentos de “crisis”, que son, al mismo tiempo, el insistente instante en que la enfermedad revela su verdad. La determinación de actuar libremente, sin importar las leyes de la sociedad, es un elemento irreductible a este tipo de sujetos, aunado a que son impredecibles, es decir, la naturaleza de la enfermedad se puede manifestar en cualquier momento de crisis, resulta una estigma de peligrosidad. El momento de la crisis es el momento de la enfermedad, es un instante que revela la verdadera naturaleza del enfermo, cuando dejan de ser *ellos mismos* y pierden conciencia y autonomía sobre su ser, la crisis, como señala Foucault:

...”revela” una verdad oculta en si- se produce en lo que es su verdad propia, su verdad intrínseca. Antes de la crisis la enfermedad es esto o aquello; a decir verdad no es nada. La crisis es la realidad de la enfermedad que, de

¹⁴ Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica... Op. cit.* 2004, p. 1

alguna manera se convierte en verdad. Y el médico debe intervenir precisamente en ese momento¹⁵.

Sus actos no le pertenecen ya que su cuerpo ha sido poseído por la enfermedad. “Cuando se reconoce al hombre como loco simultáneamente se le juzga irresponsable”.¹⁶ La responsabilidad sin embargo, tiene que caer sobre alguien y sus familiares más próximos parecen ser los indicados.

La situación de los padres de enfermos mentales no es desde ninguna perspectiva sencilla, como bien señala la madre de uno de ellos entre sollozos: “Es una situación que no se la deseo ni a mi peor enemigo”. No sólo están obligados a cuidarles permanentemente sino también son responsables de los malos comportamientos de los que el enfermo sea autor: “Los padres de los insensatos deben velar sobre ellos, e impedirles divagar y tener cuidado de que no cometan ningún desorden”.¹⁷ Si el insensato llega a cometer algún desorden no es sino por irresponsabilidad de sus padres, son ellos en realidad quienes cometen dichos desconciertos, pues los alienados han adquirido el estatuto de niño: son incapaces de pecar o de delinquir. “El alma no está lo bastante comprometida como para pecar en ella -la enfermedad mental-”.¹⁸

En los momentos de crisis los hijos no son *ellos mismos*, el resto del tiempo deben someterse a la voluntad de los padres. Los enfermos mentales son expiados de toda responsabilidad, pero deben pagar su inimputabilidad y su inocencia con su sometimiento. La necesidad familiar de internar a sus enfermos es fuerte y en el siglo XVIII tal necesidad se va a traducir en el nacimiento de la institución psiquiátrica.

Las exigencias familiares por delegar su responsabilidad al saber médico incrementan el número de enfermos mentales recluidos a fines del siglo XIX, al respecto señala Roy Porter: “En Inglaterra -por ejemplo- el número de pacientes ascendió de probablemente unos 10 000 en 1800, a diez veces el mismo número

¹⁵ Foucault, M. *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2005, p.285.

¹⁶ Manonni, Maud. *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis... Op. Cit.* P. 50

¹⁷ Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*, Vol. II... *Op. Cit.* P.128.

¹⁸ Foucault, M, *Historia de la locura en la época clásica* Vol. I... *Op. Cit.* P. 326.

en 1900”¹⁹. Tal proliferación de enfermos parece responder a un cambio en los valores de una sociedad comercial: las familias dejan de retenerlos en su seno y los envían a los asilos para que allí los cuiden. En el siguiente apartado se mostrarán algunos aspectos de la relación de la familia con la institución.

Familia e institución: perspectiva histórica

Parece lejano el día en que aquellos seres inofensivos entregados a la locura vivían como seres errabundos alejados a propósito de las ciudades; aquellos días aún del siglo XV en donde “se les dejaba recorrer los campos apartados cuando no se les podía confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos”,²⁰ días en que se mantienen en el hogar cuando representan algún peligro para la comunidad. El enfermo mental no siempre perteneció al mundo del encierro, aunque hoy parezca que su naturaleza era ésta, tal estatuto no es sino una impresión de la modernidad.

El primer acercamiento del enfermo mental al mundo del internamiento no tiene que ver con un sentido terapéutico o de cuidado sino con una instancia de orden, tal reclusión surge bajo un significado meramente moral, jurídico y administrativo. Como se ha señalado, se encerraba a los locos junto a los homosexuales, los pobres, las prostitutas, los vagabundos y todos aquellos seres que se consideraba encauzan su camino a la maldad. Se les condena moralmente y se les castiga porque degeneran las costumbres. Algunos de ellos viven bajo la tutela de los padres en el hogar en condiciones que con frecuencia resultan crueles. Es bajo estas condiciones que surge la escena fundadora de la psiquiatría y la introducción de la figura del médico especialista: la liberación de enfermos mentales. Philippe Pinel en 1792 en *Bicêtre*, hospital para hombres, y *Salpêtrière*, hospital para mujeres en Francia; William Tuke en 1796 en *Retrat York* de Inglaterra rompen, quizás más que en un sentido figurado, las cadenas que atan al

¹⁹ Porter, R. *Breve historia de la locura...* Op. Cit. P. 113.

²⁰ Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica, Vol. I...* Op. Cit. p. 21

enfermo mental con el mundo del confinamiento moral, constituyendo así al arquetipo de la moderna institución psiquiátrica. El encierro de enfermos mentales no fue una aportación de la psiquiatría, sino por el contrario, la psiquiatría fue una práctica que se desarrolló para manejar a los internos, su discurso de verdad se genera a partir de su funcionamiento que, de antemano, consolida una instancia de poder. Si bien es cierto que a partir de este momento se encierra a los enfermos mentales bajo un sentido terapéutico, la ortopedia moral sigue estando presente, el saber noseológico, de la especie de la enfermedades y el saber anatomopatológico de los correlatos orgánicos no se instalan en la práctica médico psiquiátrica sino hasta mucho después; hasta este momento ese saber y los descubrimientos que evidencian a la enfermedad en su correlato biológico no son considerados para el tratamiento. La teoría y la práctica psiquiátrica todavía no se fusionan.

Los enfermos mentales son alejados de *los otros* desviados por varias razones. Una de ellas está impresa en la inocencia de la voluntad sobre sus actos; el enfermo mental, a diferencia de los libertinos carece de responsabilidad. Otro motivo que resulta fundamental se debe a que el medio malsano y la convivencia con prostitutas, vagabundos, etc., degenera la naturaleza de la enfermedad, les representa un medio perjudicial. Se les recomienda otro medio donde el aire no este contaminado como lo está en tal encierro primario, instancia donde se fermenta una atmósfera que incluso es capaz de contagiar de cualquier otra clase de insensatez. Los médicos de la época se encuentran con el problema de hallar la esencia pura de la enfermedad, ya que como el “medio” del hospital contagia, puede provocar otros padecimientos.²¹ La enfermedad raramente se repetía tal cual la describían, no se le volvía a observar de manera idéntica, se mezclaba con nuevos síntomas; con el nuevo espacio especializado este problema promete

²¹ Este argumento si bien ha sufrido toda una suerte de transformaciones quizás haya permanecido en el saber humano con sus respectivas modificaciones, Maud Mannoni lo expresa con la siguiente afirmación: “El medio cerrado del hospital psiquiátrico crea, es una cosa sabida, una enfermedad ‘institucional’ que se agrega a la enfermedad inicial deformándola o fijándola de un modo anormal. El medio hospitalario se asemeja a las estructuras de una vida familiar coercitiva y favorece el desarrollo de una nueva enfermedad, específica de la institución misma” (Mannoni, Maud. *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis... Op. Cit.* p. 20).

dejar de serlo, aunado al hecho de que, ahora se puede actuar mediante los procesos específicos que requieren los pacientes observados en cautiverio.

Los asilos son construidos en los espacios más remotos, alejados de las ciudades por motivos que tienen que ver con el “medio” y con el saber que se ha generado en torno a esta “causa lejana” que, tiene la capacidad de transmitir enfermedades, al menos así lo demuestran los resientes descubrimientos de la época: en la pureza del campo se encontrará un primer motivo de este alejamiento, el aire limpio que ahí se respira y la calidez de la naturaleza aporta salud a los pacientes. El otro motivo es el miedo que se tiene a la enfermedad: alejados de las ciudades no hay peligro de que ésta contagie a los ciudadanos comunes.

El asilo. Entre el patriarcado y el mundo disciplinario

Aquella paciente me dice “madre”, a algunos de los doctores les dice “padre”. Yo, por mi parte, le digo “hija”.

*Técnica de cuidado y custodia
asignada al pabellón de mujeres.*

Intentando reproducir las características de la familia patriarcal, el asilo se convierte en un ambiente de rehabilitación artificial. La vida comunitaria, proporcionada por un medio doméstico, es fundamental para modificar las malas conductas de los alienados. En el momento en que nace el asilo la situación se pretendía que fuera de la siguiente manera, en palabras de Porter: “los pacientes y el personal vivían, comían y trabajaban juntos, en un ambiente en donde la recuperación se estimulaba mediante encomios y censuras, premios y castigos y cuyo objetivo era la restauración del autocontrol”²². La figura de médico, que se instaura como juez entre lo permitido y lo prohibido, ejerce un papel en la administración de la justicia, apoyado por los técnicos de cuidado y custodia. Ambos controlan a los internos mediante ejercicios constantes de imposición de la

²² Porter, R. *Breve historia de locura... Op. Cit.* P. 106.

autoridad. Cabe destacar a este respecto que si el poder patriarcal se va imponer a los pacientes es en busca de la disciplina y mediante métodos estrictamente disciplinarios que se asemejan muy poco a lo que sucede en el interior de la familia. Los mecanismos de control disciplinarios que se utilizaban en aquel entonces pueden ayudar a ilustrar tal situación: aparatos ortopédicos que buscaban corregir las deformaciones y las malas posturas del cuerpo, camisas de fuerza, tratamiento con opio y otras drogas, etcétera.

El asilo, en este primer momento de la psiquiatría tenía como finalidad reactivar las facultades psicológicas y morales, basándose en la idea de que la coerción externa iba a ser suplantada por el autocontrol.²³ La coerción externa lo está por medio de complejos mecanismos de restricción estructurados tan meticulosamente en la microfísica del poder disciplinario que las familias se complacen en tener a sus enfermos en tales instituciones. El asilo, que se encarga de someter al furioso, responde de una manera eficaz a una necesidad familiar. Se delega toda responsabilidad a los médicos en pro de la seguridad, ya que convivir con una persona con tales características representa un riesgo. Aquí se presenta el siguiente ejemplo, a este respecto:

Ejemplo 4: En casa no puede estar; es preferible, aunque no por ello menos doloroso, tenerla encerrada. En cambio, en el hospital está controlada, algo que en casa no se puede lograr, ya que ahí rompe platos y tazas, no se quiere tomar la medicina, esparce la basura por todas partes. Necesita una disciplina como la que se imparte en el hospital psiquiátrico, que la estén vigilando todo el tiempo. A veces agarra el cuchillo y amenaza, aunque, afirma la madre, siempre lo hace con uno "de esos cuchillos que no tienen filo." La paciente, en su estado de ensoñación, alcanza a escuchar nuestra conversación y contesta con tono de reivindicación: "¡no, sí son de filo!"

²³ El asilo como, como otras instituciones totales, sean laicas o religiosas, logran tal autocontrol mediante el poder disciplinario, Foucault define este poder de la siguiente manera: "El poder disciplinario se refiere a un estado terminal u óptimo. Mira hacia el porvenir, hacia el momento en que todo funcione por sí solo y la vigilancia no tenga más que un carácter virtual, cuando la disciplina por consiguiente se haya convertido en un hábito". Foucault, M. *El poder psiquiátrico... Op. Cit.* Pp. 67-68.

La relación que establece la familia con el asilo está en función de la adherencia del sujeto a un medio disciplinario. Es la familia quien fija a los sujetos a los dispositivos de poder (escuela, ejército, hospital psiquiátrico). La familia es un requisito (una bisagra diría Foucault) para que tales instituciones funcionen. Sobre este punto un médico llegó a señalar que: “si el paciente no viene acompañado de un familiar, no se le recibe”. Es la familia quien precisa a los sujetos a los aparatos disciplinarios, convirtiéndose de esta manera en un criterio esencial de la razón. Los padres pueden cometer actos en contra de sus hijos, ellos tienen la facultad de determinar quién presenta las características necesarias para que sea expulsado al asilo, ofreciendo así al médico las formas de su incapacidad y de su desorden.

Cuando un paciente expresa caos y hace insostenible la vida cotidiana de su familia, la reclusión aparece como alternativa, sin embargo no es la única solución adoptada; en casos extremos, los familiares irreverentes, es decir, los “enfermos mentales”, son expulsados del medio hogareño por ser considerados peligrosos (agrediendo a extraños, a familiares o al propio ser), pero también porque representan una traba para la vida productiva de los otros familiares. En la medida en que no se sabe con precisión cuando una crisis se va a apoderar de la voluntad del “enfermo”, en esa misma medida se exige un cuidado permanente de todos sus actos; son como una clase de niños omnipotentes e ilimitados que exigen un cuidado tenaz. Niños que carecen de las capacidades físicas suficientes como para que puedan valerse por sí mismos y que requieren de tutores que velen eternamente por ellos. El tiempo que exigen, por tanto, no es poco; el insensato absorbe la paciencia, la atención y el tiempo de los demás, es un devorador de tiempo; es en este sentido que los enfermos pueden ser recluidos no tanto por la promesa de peligro que está inmersa en la enfermedad, sino porque su cuidado permanente no genera ningún tipo de ingresos y si, en cambio, muchos gastos: ropa, zapatos, alimento, atenciones médicas, medicina, etc. La sociedad comercial y profesional, de esta manera, satisface una necesidad con el asilo.

Con el internamiento se rompe la relación directa que hay entre paciente y familia, transfiriéndose derechos y responsabilidades a la institución psiquiátrica; no siempre resulta fácil recluir a los individuos ya que tiene que existir un proceso selectivo; el requisito es asimismo un ritual de pasaje en donde el diagnóstico médico es central. La figura del experto es la que va a determinar, con base a criterios consensuados, el grado de enfermedad del paciente, su inocencia, su peligrosidad, su pronóstico y su tratamiento. El diagnóstico que establece el psiquiatra no es, a diferencia del diagnóstico del médico general, para el paciente sino para la totalidad de la familia. Se sabe de casos en donde los familiares al ver que sus enfermos no cumplen con tales estándares, hacen lo que esté en sus manos para no tener que soportarlos más en casa. He aquí un ejemplo:

Ejemplo 5: Nadie creía que su hijo estuviera enfermo de gravedad. En dos hospitales le afirmaron que, en efecto, había enfermedad pero que ésta no era delicada y que, por lo tanto, el paciente podía estar en el hogar. Ella sabía que no era así, que su hijo estaba realmente enfermo y que por tanto necesitaba internamiento: "Los médicos me decían que la que estaba mal era yo. Hasta que me planteé: yo de aquí no me salgo hasta que me lo acepten puesto que por entrar y por salir de los hospitales ha recaído mi hijo". Así, un año después de visitar a diversas autoridades y de nuevas valoraciones médicas se concluyó que sí existía una enfermedad mental y que, por ende, merecía ser internado.

El movimiento antipsiquiatra desarrollado en la segunda mitad del siglo XX²⁴ expresa una serie de argumentos que protestan contra tal manera de juzgar de los padres y de los médicos: surge en la mitología liberal la idea de que una multitud de hombres son víctimas del poder tiránico y despótico de sus familias, e incluso de gobiernos, que internan a personas inocentes bajo la complicidad del aparato médico. Cuando un individuo escapa a la autoridad de la familia, se le interna en el hospital psiquiátrico, en la cárcel, en el orfanato, en el ejército o en

²⁴ Los principales representantes de la antipsiquiatría son Ronald Laing y David Cooper en Inglaterra, al matrimonio Basaglia en Italia (Franco y Franca Basaglia) y al liberal Thomas Szasz en los Estados Unidos. A lo largo de la presente investigación se considerará algunas ideas generales de este movimiento político e ideológico.

alguna institución religiosa con la finalidad de adiestrarlos mediante los procesos disciplinarios que pasan necesariamente por el sometimiento del cuerpo.

Para que el enfermo mental sea sometido a la disciplina de la institución panóptica (con sus propios juegos de verdad y poder) es necesario un diagnóstico, es necesario que el sujeto sea estigmatizado como peligroso y eternamente indispuesto, que su naturaleza sea homologada a la enfermedad. Hay que considerar sus conductas como una manera de ser que viene desde tiempo atrás: “si cometió un robo, en resumidas cuentas porque es un ladrón... el individuo se parecía ya a su crimen antes de haberlo cometido”.²⁵ La violencia, el crimen, el impulso, la furia... son atributos que van a ayudar a definir al paciente psiquiátrico. El estigma, entendido como lo define Goffman, es decir, como una imagen desvirtuada basada en un defecto original,²⁶ es la justificación con la que cuentan las familias y los médicos; la peligrosidad otorga credibilidad, no obstante, el internamiento puede responder a muchas otras situaciones entre las que se encuentra la visión que los padres asignan a sus vástagos, o bien la que responde a criterios administrativos por parte de la familia. Un ejemplo de esto último es el siguiente:

Ejemplo 6: Una enfermera señala que: “aquella paciente no tienen problemas serios de conducta, no es peligrosa, es muy manejable pero su familia no la quiere sacar...”

Sobre este punto se profundizará en el siguiente capítulo.

²⁵ Foucault, Michel. *Los anormales. Curso en el colège de France (1974-1975)*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002, pp. 29-32.

²⁶ Goffman, Erving. *Estigma. Identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortú editores, 2001.

Cansancio existencial (Viñeta 2)

*Mire usted lo que la vida ha hecho de mí.
Joseph K.*

La mañana de hoy viene con la misma pesadez que la de ayer. La del día de mañana, al igual que la del que le sigue, tampoco promete ser mejor. Da la impresión de que lo único que cambia es el fastidio con que se presenta el mundo. A veces se siente con la disposición de escapar de aquí, de partir hacia ningún lado, en tal caso ¿cuál podría ser la meta? Partir, simplemente partir, sin embargo el viaje es tan interminablemente largo y el mundo tan pequeño que de pronto se imagina, aun antes de irse, un poco más cansado y fastidiado.

El pabellón del psiquiátrico despierta limpio. El desayuno es tan puntal que parece delirio y mientras la cabeza se hunde bajo la dosis matutina de medicamento, el cansancio ni siquiera promete su ausencia.

Con frecuencia se le ha insistido en que deje a un lado la flojera, que más bien parece una inevitable apatía hacia la vida. A veces el mismo sabe, no por qué se lo sugieran sino simplemente porque lo siente, que tiene que luchar contra su agotamiento crónico. Llega a suceder que se siente con la rabia necesaria como para levantarse, pero el cansancio no le abandona, no se va, tampoco hay una mano en la cual apoyar el pesado cuerpo, una mano que le ayude a levantarse, en lugar de ello sólo hay una aparato oficial con médicos, como jueces localizados en el límite de lo prohibido y lo permitido; y enfermeras con rasgos de humanidad perdida; y técnicos de custodia con su autoridad irrefutable; y un pabellón que siempre despierta limpio. Ni siquiera hay una razón para juntar los fragmentos de odio esparcidos o un indicio que

haga levantar un dedo para manifestar algún reproche. Ellos tienen la razón aún antes de extender una palabra.

Este jueves de visita familiar su pariente nos platicó sobre él: "A veces intenta huir y escapar. Es medio rebelde, bueno más bien me hace desatinar. Le dije que se ponga a trabajar, que deje esa flojera..." En su aparente ausencia, él sabe a lo que su madre se refiere por lo que responde: "Lo que pasa es que me siento cansado y necesito descansar, a veces estoy dispuesto y me levanto pero para cuando lo hago ya estoy cansado..."

Capítulo II

*Contexto de los síntomas:
dinámica y estructura familiar*

Antecedentes en el estudio de la familia y la enfermedad mental

¿Cuándo se pondrán de acuerdo sobre mi enfermedad?
Paciente psiquiátrico.

Se sabe que la percepción occidental y su apuesta al cógito cartesiano conduce a la escisión entre el sujeto de conocimiento y el objeto a conocer; iniciándose así, un proceso que da lugar a una gran variedad de especializaciones, expresadas en disciplinas que delimitan un objeto y método de investigación que, como señala Alejandro Peñuela, siguiendo la exhortación analítica que sugiere René Descartes en su *Discurso del método*: “dividir cada una de las dificultades que examine en tantas partes como fuese posible y en cuantas requiriese su mejor solución”.¹ El proceso de análisis es paralelo a una proliferación de especialidades, proceso que académicamente es una práctica casi ineludible.

Se considera así que, el saber sobre la enfermedad mental se ha ido especializando conforme la historia del hombre occidental avanza (lo que no significa necesariamente que se conozca mucho más sobre el tema). Como primera manifestación del conocimiento aparece la concepción de que la enfermedad está en el cuerpo, en sus componentes anatómicos, fisiológicos, químicos y genéticos. La enfermedad preexiste al individuo y lo sobrepasa. No es sino hasta fines del siglo XIX y principios XX que la familia es mirada como trasmisora de la enfermedad mental bajo la lógica de que los genes familiares pueden transmitirse a las generaciones siguientes, portando con ello los elementos de la degeneración. Las afecciones mentales son descifradas así en el nivel de la filiación desde una postura genética o biológica. Las explicaciones degeneracionistas la entienden como: “un fenómeno acumulativo a través de las generaciones que deriva en imbecilidad... la historia familiar de un degenerado puede revelar un naufragio... una vez que la familia se haya puesta abajo el

¹ Peñuela Velásquez, Alejandro, *La transdisciplinarietà. Más allá de los conceptos, la dialéctica*. en: Andamios Num. 2, *Transdisciplina y pensamiento complejo: encuentros y desencuentros*, México, Colegio de Ciencias de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Junio 2005, p. 47.

resultado es inevitable.”² Las perturbaciones mentales sobrepasan los límites individuales y se dirigen hacia el grupo y su descendencia, alcanzado así al árbol genealógico. Esta explicación no es muy convincente ya que aún en los tiempos modernos con su impresionante desarrollo tecnológico, no se ha podido establecer una generalidad que aspire a ser ley. Ronald Laing, por ejemplo, considera así que, la esquizofrenia es un tema que se instala en el imaginario y en la conciencia de la familia, mediante el discurso y la ideología médica psiquiatra, pero los criterios que establece éste especialista de la conducta no representan un carácter primario y esencialmente biológico. Hablar de un recorte imaginario implica una transmisión en una dimensión en donde el deseo inconsciente existe. Igualmente, la transmisión de este deseo se manifiesta a través del discurso familiar constituyendo la subjetividad de cada miembro del grupo. Hay transmisión de un objeto, pero este es de un orden distinto al biológico lo que desplaza el problema hacia el grupo y el medio. No es un descubrimiento clínico el que denota al enfermo sino más bien una demanda familiar, para Laing “la esquizofrenia se instala en las familias, pero no se haya ninguna ley genética. Aparece en cualquier tipo constitucional”.³ “La esquizofrenia se presenta en la familia, pero genéticamente no esta sujeta a ninguna ley precisa.”⁴ A este respecto cabría destacar el siguiente ejemplo:

Ejemplo 7: Se afirma constantemente que la enfermedad de la esquizofrenia aparece entre los 19 y 23 años de edad. En la mayoría de los casos, se dice también, es hereditaria. Se le preguntaba a una madre si en su familia ha existido algún antecedente. Ella contesta que no lo sabe: “hasta donde yo sé no, me dicen que a veces se presenta hasta la cuarta o quinta generación, yo conocí sólo hasta la tercera y pues no, no hubo nada, quién sabe antes, pero así que yo sepa no, es el primero en la familia”.

² Porter, R. *Breve historia de locura*, Op. cit. p. 145.

³ Citado por Maud Mannoni en *El niño, su enfermedad y los otros*, Argentina, Nueva Visión, 2004, p.105

⁴ Laing, R. Esterson, A. *Cordura, locura y familia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001, p. 11.

La curiosidad científica continúa expresando argumentos y especializándose. La realidad no es atrapable del todo. Los argumentos que se suelen expresar siempre encuentran su refutación. Cuando la realidad y las nuevas experiencias devienen como Némesis de la ciencia y de sus postulados, siempre se generan nuevas explicaciones. La necesidad humana es el pretexto que genera nuevas opciones de conocimiento basadas en los viejos saberes. En el siglo XX se considera que la familia, efectivamente, transfiere la enfermedad mental pero no necesariamente se pone fe ciega en que lo hace por medio de la genética, se considera, ahora, que lo hace por experiencias traumáticas localizadas en la infancia: tal es la aportación revolucionaria que hace la teoría psicoanalítica.

Mientras a principios del siglo XX los psiquiatras Krapelin y Bleuler describen los aspectos formales de la “demencia precoz” (concepto que evolucionaría al de esquizofrenia), Sigmund Freud se da a la tarea de desenmascarar los síntomas histéricos y logra establecer avances fundamentales desde el otro *continuum* del conocimiento sobre las afecciones mentales.

Se da una escucha a ese sujeto que había sido anulado desde la “medicina de las especies”. Los delirios, claro está, no pueden ser entendidos como reales, al igual que los mitos, lo cual no es igual a decir que la palabra, aunque ficticia, no oculte algo de verdad que afecta y constituye al sujeto. La dificultad y el genio de la psiquiatría del alma están en saber descifrar lo real dentro de toda esta “ensalada de palabras”. Los síntomas del cuerpo están instaurados en la dimensión del dolor, pero el médico no parece resolverlos del todo cuando el organismo indica estar bien; se sabe de casos en los que, lo que duele es el alma, las heridas son del corazón y el cuerpo es sólo un pretexto para manifestar dolor. El cuerpo, en tanto instancia biológica a la vez que social, responde a una situación de la experiencia, su identidad está marcada por la conjugación del tiempo. Se considera así que el ser biológico emana síntomas ante experiencias traumáticas. El organismo biológico está construido por una historia y ésta es familiar. Las afecciones mentales por tanto se proyectan y se justifican en la infancia. El niño también puede enloquecer y es consecuencia de una

degeneración familiar no necesariamente de carácter genético. Se considera a partir de este momento que los adultos y la sociedad proyectan sus afecciones sobre los infantes generando así síntomas.

Aunque Freud, a diferencia de Bleuler, dedicó su obra principalmente al estudio de la histeria, para lo cual desarrolló el concepto de inconsciente y con ello propuso las bases para intentar estudiar algunas perturbaciones graves tales como la melancolía (1916-17), la manía (1921) o la psicosis en el análisis del caso del Juez Schreber (1911), se vio ante la imposibilidad de tratar a pacientes en estado psicótico o a esquizofrénicos. Fueron, en realidad, sus discípulos quienes se encargaron de profundizar en las perturbaciones mentales graves: el psicoanálisis freudiano no analizó en profundidad la psicosis pero significó un avance en la medida en que estableció las bases para hacerlo. Dispuso en los delirios un estatuto de verdad, no necesariamente manifiesto sino apenas latente. El discurso de la enfermedad se convirtió en demanda de cura. Las acciones, en apariencia incomprensibles, adquieren sentido cuando se contempla la historia particular de los sujetos. La disciplina psicoanalítica establece que la enfermedad mental no es exclusiva de *ellos*, los locos, la significación de la enfermedad mental es cotidiana a todos los hombres, todos los humanos son vulnerables a la influencia de esas “causas lejanas”, pues considera que la enfermedad mental no lo es por un mal funcionamiento del cerebro, trasferido por vía genética, sino por una experiencia traumática primaria fijada permanentemente en el mundo inconsciente del sujeto, habiendo siempre la posibilidad de traer tal trauma al mundo consciente con algún suceso similar. Este segundo trauma, generado por un detonante específico, puede provocar fuertes perturbaciones mentales.

Dentro de la tradición psicoanalítica hay múltiples interpretaciones de la obra freudiana, que en su devenir cada una de ellas arrojarán nuevos datos para interpretar la enfermedad mental. La influencia que ha ejercido el psicoanálisis en el estudio de las familias de enfermos mentales se ve enriquecida por otras disciplinas como la sociología, la antropología, la psiquiatría o la psicología. Sin embargo, no todo lo que se ha dicho sobre las causas lejanas de la enfermedad, en lo que respecta a la familia, tiene relación directa con el psicoanálisis.

El conocimiento biológico no le bastó al siglo XX para mostrar una explicación de la presencia de enfermedades mentales, hubo necesidad de explorar profundamente el alma humana y el contexto del sujeto: la cognición del mundo (determinado fuertemente por la situación biográfica), los hechos sociales, (determinados por épocas históricas y por sociedades en específico) y las relaciones familiares (influido por la organización y la dinámica del grupo), tales son algunos de los aspectos indispensables para analizar la enfermedad mental.

Sociología de las enfermedades mentales

El campo de la sociología de las enfermedades mentales se encarga de enfatizar el influjo que ejercen los hechos sociales sobre la salud de los individuos. Las investigaciones que se han realizado sobre la influencia que tiene el medio ambiente social en la etiología de las enfermedades mentales establecen correlaciones entre fenómenos sociales y enfermedades mentales sin pretender necesariamente que ello sea un sinónimo de leyes universales e inmutables. Los diversos hechos sociales que pudieran considerarse para explicar la etiología de la enfermedad mental van desde la clase social, la religión o la diferencia de sexos, cuestiones todas ellas de naturaleza clasificatoria y estadística; otros hechos enfocan el problema en la naturaleza de los vínculos sociales, los procesos de interacción y la convivencia con una madre emocionalmente perturbada que no puede tener vínculos “normales” con su hijo ya que no le reconoce en su discurso.

Se ha observado, por ejemplo, que hay diferencia entre hombres y mujeres perturbados mentalmente. Una explicación en torno a factores anatómicos o neurofisiológicos, podría ser aquella que considerará la constitución biológica de un sexo como más propensa a adquirir alguna enfermedad mental. Otra explicación puede expresarse sobre las “causas lejanas” dadas por el tipo de actividades que cada sexo desempeña en la vida social (o por lo menos hasta décadas pasadas era común afirmar una mayor diferencia entre los roles sociales en relación con el sexo). La intensidad y la naturaleza de dichas actividades

ejercen influencia en el ritmo de vida que a su vez puede considerarse como un factor en la sociogénesis de la enfermedad mental. He aquí, a manera de ejemplo, algunos estudios que se han hecho al respecto:

- * Hacia 1929, Sorokin y Zimmerman, como buenos herederos del pensamiento roussouniano, consideraron que las enfermedades mentales proliferan con mayor proporción en las ciudades que en el campo, debido a la organización o desorganización social respectivas. Esta proliferación de enfermedades mentales -producto de la desorganización social- puede observarse, por ejemplo, en épocas de crisis económicas o de guerras, es decir, en situaciones históricas en donde la solidaridad entre los sujetos se disuelve.⁵
- * En 1957 Thomas y Rennie publican una obra titulada *Vida urbana y salud mental; estatus socioeconómico y desórdenes mentales en las metrópolis*⁶, en la cual muestran la influencia de la clase social en la etiología de la enfermedad mental, en este sentido, dichos investigadores afirman que, "la clase baja presenta sobre todo desórdenes de conducta, la clase media desórdenes psicossomáticos asociados a la represión y censura social, la clase alta psiconeurosis y psicosis maniaco-depresivas..."⁷

Algunos sectores ortodoxos que defienden la cosmovisión médico-psiquiatra de hoy, niegan que la enfermedad tenga una dimensión social (especialmente con la etiología); un médico señala así: "el síntoma es independientemente de los orígenes de cada paciente", para ellos la verdad de la enfermedad mental gira alrededor del saber sobre el cuerpo individualizado. Mientras tanto las investigaciones sobre "causas lejanas" están fuertemente desprestigiadas e incluso ni siquiera son consideradas por muchos de estos especialistas del comportamiento, por lo que no tienen lugar en el razonamiento lógico que expresan. Un psiquiatra, a este respecto, define a la enfermedad mental de la siguiente manera:

⁵ Bastide, Roger, *Sociología de las enfermedades mentales*, México, Siglo XXI, 1979, pp. 132-143.

⁶ *Idem*, pp.185-195.

⁷ *Idem*, p. 11.

Actualmente se dice que los enfermos adquieren esos síntomas porque hay una alteración en el hipotálamo o en algún núcleo cerebral o en los neurotransmisores, eso ya está demostrado... Para nosotros como psiquiatras la enfermedad mental es una enfermedad neurológica... En el paciente psiquiátrico hay una alteración del juicio por lo que éste no se da cuenta de que está enfermo; entonces, es más difícil manejarlo porque no crean algo que se llama conciencia de enfermedad, el paciente no se da cuenta de que está enfermo, no se da cuenta de lo que hace y lo que dice.

Cabe destacar que, sin embargo ciertos médicos psiquiatras no niegan del todo la influencia del medio ambiente social en la etiología de la enfermedad mental, como señala la terapeuta estadounidense Carol Anderson: "En su formulación etiológica, hasta el 70% de las causas de la esquizofrenia son biológicas (o sea, genéticas) y el 30% ambientales... pocos teóricos de orientación biológica niegan por entero la intervención de factores psicosociales."⁸

Los actos para la concepción médica tienen una existencia *a priori* y están en relación con los componentes cerebrales, es decir: alguien que nace con esquizofrenia, sea porque se transmitió genéticamente o porque los neurotransmisores no funcionan correctamente, va a manifestar acciones violentas, eso lo saben aún antes de que el acto se manifieste. Recordemos, sin embargo que las acciones, por lo menos desde un enfoque sociológico, son consideradas como producto de una historia y tienen un destino que se cumple en el entramado social, se hallan fuertemente determinados por una condición social, en general, y por una condición familiar, en particular. Aunque parece ser claro que ninguno de ambos aspectos es totalmente ajeno al otro, ello no tiene total pertinencia en una racionalidad médica de carácter unidisciplinario. En todo caso, el problema social, grupal o ambiental repercute en el cuerpo biológico y, por ende, se reduce a un estatuto médico.

Sí los factores económicos, políticos, religiosos, etcétera, ejercen influencia sobre la perturbación del sujeto, es importante destacar que la familia es una de las primeras transmisoras de tales factores. El objetivo del presente capítulo es

⁸ Anderson, Carol, et. al. *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*, Buenos Aires, Amorrortú editores, 1993, p.24.

hacer algunas observaciones de cómo es que la familia puede convertirse en una fuerza que determina las individualidades, obturando así, la constitución de una personalidad capacitada para enfrentar las situaciones diversas en la sociedad, antes bien, la persona sintomática es una persona que a través de su comportamiento se adecua a la situación estrictamente familiar. Es importante destacar, primero, ciertos conceptos básicos como el de familia.

Los síntomas y su contexto: la familia

Zonas de destrucción en la imagen del cuerpo de los psicóticos y de algunos enfermos psicossomáticos corresponden a zonas de destrucción en la estructura familiar de tales enfermos.

Gisela Pankow

La dinámica y la estructura que presentan las familias en donde uno o varios de sus miembros han sido diagnosticados con alguna enfermedad mental se ve modificada la mayoría de las veces en forma trágica, debido a que vivir con un enfermo con estas características trae muchas contrariedades: la incertidumbre es una constante, el futuro viene con una promesa de violencia que a veces se cumple en la realidad pero casi siempre en la fantasía; el pasado está cargado de melancolías sin duelo, de recuerdos de un paso vagabundo, de agresiones verbales implacables, de esperanzas derrumbadas. Convivir con un enfermo mental significa así mismo tener una responsabilidad constante y permanente, tanto en lo económico como en lo moral que se traduce en los cuidados y el tiempo dedicado.

La observación propia sugiere que el compromiso con la enfermedad mental y los cuidados que ella requiere recaen más enérgicamente sobre la familia nuclear. Hasta antes del siglo XIX era de conocimiento general considerar al enfermo mental como un ser aislado, sus síntomas no tenían ni objeto ni pasado, se trataba sólo de manifestaciones involuntarias de un cuerpo carente de conciencia. El psicoanálisis muestra que el síntoma incluye al sujeto y al Otro, es

por ello que el sinsentido ya no representa, en el siglo XX, una explicación convincente gracias a que las investigaciones realizadas desenfocan el problema de la enfermedad como una cuestión individual. Se contextualizan los síntomas, por tal motivo es que se reconoce la pertinencia de contemplar un universo familiar y afectivo en donde el paciente ha estado inmerso, es decir, el grupo familiar.

La familia y sus límites

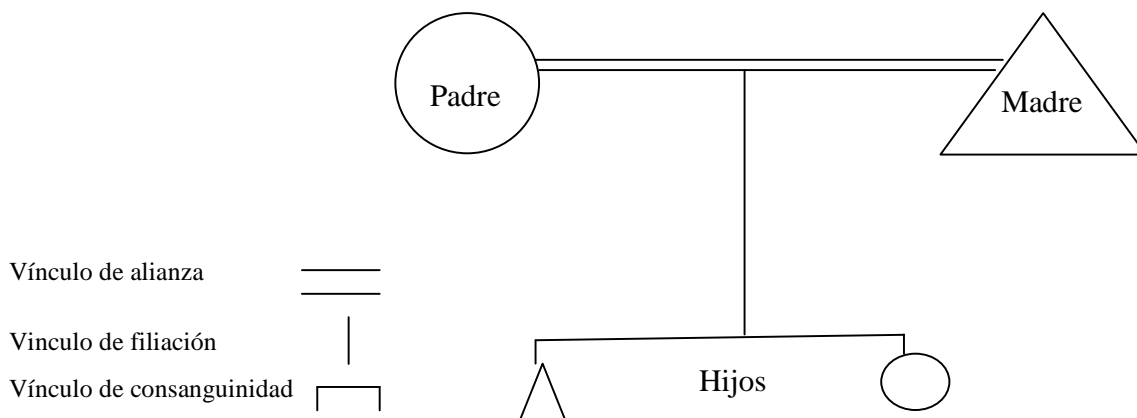
La base de la familia tipo está dada en sus componentes nucleares: madre, padre e hijos, sin embargo los límites de grupo no terminan ahí, la familia nuclear no está aislada, por el contrario, parte de una estructura inicial de la cual se desprende y a la cual nunca deja de pertenecer, su historia y las condiciones de su organización y su dinámica están fuertemente condicionadas por la familia de procreación, siendo ésta doble, la de la madre y la del padre (abuelos, tíos, primos). Aunque la familia nuclear es el primer referente de la enfermedad mental, es importante no perder de vista el papel que puede jugar la familia extensa, más adelante se enfatizará en su participación de momento sólo nos limitaremos a hacer algunas observaciones de la familia nuclear.

Por principio, se puede considerar que el rol de padre, madre e hijos están constituidos por aspectos naturales, es decir biológicos, referentes a las condiciones de parentesco a la vez que por aspectos culturales, referentes a sistemas normativos (ya sean morales o legales). La familia lo es por naturaleza a la vez que por cultura.

Claude Levi-Strauss en *Las estructuras elementales del parentesco*⁹ hace referencia a los vínculos elementales mediante los que el parentesco está conformado, estos son los siguientes: alianza (matrimonio; de carácter exogámico), filiación (vínculo padres-hijos) y consanguinidad (vínculo entre hermanos). Tales vínculos tiene un carácter bilateral, en tanto son mantenidos en una relación sistémica, es decir, la identidad que ocupa un miembro con respecto

⁹ Levi-Strauss, Claude, *Las estructuras elementales del parentesco*, Paidós, México, 1983.

a los otros se constituye por mutua reciprocidad: la madre tiene un vínculo de alianza con el marido a la vez que un vínculo de filiación con los hijos, con respecto a la familia de procedencia pueden encontrarse los mismos vínculos aunque los miembros no tendrían ya la misma posición, por ejemplo: la madre se convierte en hija (vínculo filial) a la vez que en hermana (vínculo consanguíneo), es así que se puede ir complejizando geométricamente las posiciones, los vínculos, sin embargo, se mantienen.



Tal definición de parentesco no puede ser completa si no se consideran los aspectos emocionales; el vínculo sentimental, así mismo puede tener tres variables: sentimiento de alianza, que en el mundo occidental es el principal motor para la reproducción de la familia, sentimiento filial y sentimiento consanguíneo. Los sentimientos típicos ideales están plenamente definidos por la cultura y el malentendido entre ellos podría resultar como falta grave, el incesto parece representar el más claro ejemplo: el padre o el hermano no puede tener un sentimiento de alianza por la hija-hermana y viceversa.

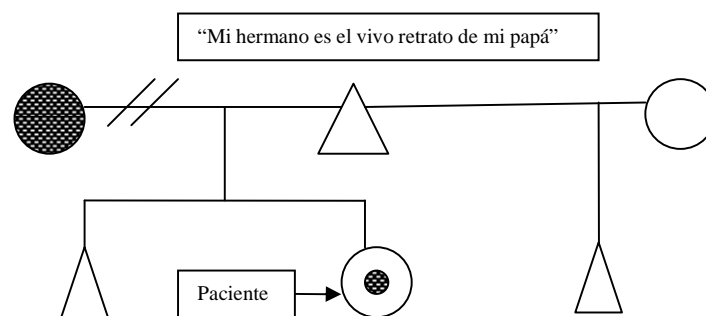
Por vínculos sentimentales no sólo se considera aquellos que son de amor pues la hostilidad misma implica un vínculo aunque representado por una relación trágica, es así que se descarta la idea propia de cuentos de hadas expresada en la máxima: "... y vivieron felices para siempre". El sentimiento expresado en hostilidad incluye, pues, una noción de conflicto que es indispensable para

entender las relaciones familiares. Las relaciones grupales se conforman así por una serie de sentimientos diversos y no pocas veces contradictorios que coexisten de forma compleja.

Este segundo elemento ayuda a entender mejor la complejidad del sistema familiar, pues familia no sólo es aquella en donde se haya presente la madre, padre e hijos biológicos, en primer lugar porque tal definición excluiría a las familias monopaterales, pero además porque algún progenitor natural puede ser físicamente real y sin embargo no desempeñar emocionalmente su papel o por el contrario su función puede ser efectuada por un tercero.

El paso de la naturaleza a la cultura, comenta el antropólogo francés Lévi-Strauss, consiste en la regulación por normatividad, considerándose como natural todo aquello que tiene un carácter universal; es así que el matrimonio es una manifestación natural porque ha existido en toda sociedad, incluso puede observarse su carácter monogámico en ciertas especies de animales aunque por supuesto no con las mismas connotaciones que en el género humano. Por ello es importante destacar que el papel de los miembros familiares ha sido trastocado por la cultura, se han regulado sus relaciones mediante normas legales, morales y sociales, la figura de los progenitores incluye así varios niveles. El sistema emocional puede ser considerado bajo este segundo sistema de organización familiar. El parentesco, desde estos aspectos va más allá de los límites consanguíneos, reconociendo a personas que tienen una relación continua y significativa en la dinámica del grupo como pueden ser familiares de segundo orden (tíos, primos, abuelos...), o bien a personas ajenas al referente sanguíneo. Tal vínculo funcional excluye, como ya fue mencionado, a sujetos que no están integrados al grupo, en la medida en que su función no puede ser plenamente desempeñada, es decir, los otros miembros no le reconocen y no hacen de su identidad un símbolo que merezca ser intercambiado. De ahí la dificultad para definir los límites prácticos de la familia. El siguiente caso muestra la importancia de considerar los aspectos emocionales y culturales en la dinámica del grupo a la vez que presenta la dificultad para definir los límites del grupo.

Ejemplo 8: Se puede afirmar que esta madre tiene dos familias o por lo menos que su familia está dividida. De la primera mitad posee dos hijos y el incomodo recuerdo de un marido. Este primer cónyuge fue seducido por el mundo de las drogas y del alcohol, huyó de la responsabilidad de sus hijos mientras manifestaba el desprecio a su esposa con agresiones físicas y verbales. Desde tal malestar ella le suspendió el derecho a la paternidad, apoyada, por supuesto, por su familia de procreación, especialmente por su madre. Los dos hijos crecieron con el impedimento de nombrar al padre al mismo tiempo que el padre tuvo el impedimento de verles. Aunque el progenitor siempre estuvo alejado de la familia, ello no significa que no haya estado presente, siempre tuvo un representante que obligaba a la memoria colectiva a no olvidar: "mi hermano -comenta la hija de este primer matrimonio- es el vivo retrato de mi papá, los pones juntos y son idénticos". Entre otras cosas porque el padre, al igual que el hijo, padecía epilepsia. Es desde su ausencia que el padre determina cierta dinámica del grupo: no se puede tener contacto con todo lo referente a él (la hija expresa así: "desde chiquitos mi mamá no dejó que se nos acercara"), extendiéndose la prohibición a la familia de aquel.¹⁰ En la estructura manifiesta el padre no estuvo presente, mientras que en la estructura latente (instituyente o imaginaria) nunca se ha ido, ni siquiera en la actualidad en donde la madre contrajo un nuevo matrimonio y el padre lleva cinco años de haber fallecido. El sentimiento de desprecio lo mantiene como parte de la familia, en donde, de alguna manera hay dos padres a las cuales une con determinados sentimientos, así sean éstos de desprecio.



¹⁰ La hija actualmente tiene contacto con algunos miembros de su familia paterna y quizás porque sabe de la prohibición establecida por la madre mantiene tal contacto en secreto, no ha hablado de ello con su madre, según ella: "porque si se entera no va a dejar que me acerque a mi hermano... va a decir que lo quiero poner en su contra".

El conflicto familiar en éste caso se resuelve exiliando del hogar a los dos representantes del padre, la hija vive con la abuela materna, mientras que el hijo en el hospital psiquiátrico.¹¹

La definición de los roles, que a su vez determinan la organización estructural y la dinámica de la familia, no se da sólo por la presencia de todos los componentes del sistema, pues aunque la familia funcione en apariencia armónicamente bien, su dinámica puede estar influida por miembros “fantasmáticos”, (personas que se han ido pero que, pese a la ausencia siguen determinando, en algún punto, la interacción familiar). En este sentido se puede entender que, familias monopaterales funcionen, pues su dinámica bien puede implicar cierta presencia simbólica, imaginaria y emocional.

En los grupos familiares que presentan una historia trágica (resultado de desintegración en cualquiera de sus niveles, divorcios, abandonos, alcoholismo por parte de alguno de los progenitores, escasos lazos afectivos, etcétera), la definición de los roles se quiebra o se produce un embrollo en la naturaleza de los vínculos en el grupo hasta que, en el mejor de los casos, se supera la crisis; sin embargo, no todas las familias logran resolver sus olvidos, la crisis en tales situaciones es una constante de la dinámica familiar. Aquellas familias en donde se aparenta un equilibrio funcional, es decir, en donde los roles resultan evidentemente manifiestos, no están exentas de algún desconcierto cotidiano ya que su estructura latente y emocional bien puede estar determinada por un vínculo fantasmático que define una relación de naturaleza cruzada en la organización familiar; como se verá a continuación, ello puede representar un detonante para la alteración de los estados mentales.

¹¹ El fenómeno de chivo emisario que se puede leer entre líneas en este caso, es relatado en su sentido teórico de la siguiente manera: es frecuente que en los estados de crisis en donde se debilitan las relaciones entre los sujetos sociales surga la fantasía de purgar algún agravio (se haya o no cometido), de eliminar los estados impuros que corrompen. Que se busque algún detonante del caos. La tendencia moral hacia la purificación puede desembocar en la destrucción o en la exclusión de un ser, sea humano o animal. Su sacrificio adquiere el estatuto de ofrenda que pretende restar importancia al agravio real o imaginario. Se restituye con esta acción ritual los lazos que vinculan a la comunidad, resurgen y se construyen nuevas formas de lazos e identidades. Con el sacrificio se reestablecen las relaciones sociales y los vínculos entre los miembros, pero el forzado redentor tiene que morir (chivo expiatorio) o bien ser expulsado de la dinámica grupal (chivo emisario): se le envía al desierto –de acuerdo con el relato bíblico- o al hospital psiquiátrico –siguiendo el caso anterior- para que el grupo pueda mantener su funcionamiento. Ver René Girard, *El chivo expiatorio*, Barcelona, Anagrama, 2002.

Recorriendo múltiples casos provenientes de entrevistas y revisando a ciertos autores, que recorren sus propios casos, existe la impresión de que las familias de los enfermos mentales presentan una gran dificultad para consolidar una dinámica que permita simbolizar el mundo para el niño, sea que tal dificultad sea optimistamente sutil o bien descomunadamente notoria. Entendemos este proceso de simbolización como el de definición en un tiempo y espacio de los roles generacionales y sexuales, de forma que cada integrante familiar ocupa en lugar en el mundo. Cabe aclarar que tal desorden no es ni exclusivo de familias en donde uno de sus parientes tiene un diagnóstico psiquiátrico ni que todas las familias de enfermos mentales presentan este estereotipo, más no por ello se hace caso omiso de las observaciones, tanto propias como ajenas, que sugieren que *algunos aspectos de la enfermedad están en la desorganización de la familia.*

Discapacidad y conciencia del grupo: confirmación del enfermo

El disfraz con que el loco se protege no es ajeno a la naturaleza de la locura, pero el vestido que nosotros le agregamos, el estatus que le otorgamos, constituye una pantalla que nos impide el acceso al conocimiento sobre la naturaleza oculta de la locura...

Maud Mannoni

Ciertos psiquiatras consideran que la predisposición biológica de la enfermedad puede ser precipitada por los conflictos del entorno de manera que, un contexto estable y una familia emocionalmente sólida pueden influir para que el enfermo mental no devenga en un paciente psiquiátrico, pues recordemos que algunos de estos enfermos tienen interacción con la sociedad sin que representen un “peligro” para la misma; o bien que la evolución de la enfermedad mental sea positiva para la vida social evitando, desde la organización familiar, que el enfermo tenga contacto con factores que puedan agravar su estado mental, tales como drogas, alcohol o momentos de estrés. Aceptando ésta perspectiva se está considerando que la organización familiar contribuye al pronóstico y a la estabilización de la enfermedad, esto puede observarse así mismo en la fijación del sujeto en su

estatus de enfermo o bien en casos concretos también en la generación de síntomas.

Cada integrante de la familia, en tanto se considera a ésta como un grupo social con carácter sistémico, tiene una identidad que se define en función de los demás participantes. La identidad del sujeto se da con respecto a las relaciones que se establecen en un campo de sentido. Es en la dinámica de dichas relaciones, bivalentes y ambivalentes, en donde se generan estructuras de cooperación o antagonismo. Las estructuras surgen del modo en que se dan las relaciones entre cada uno de los componentes en ciertas situaciones diferenciadoras, por ejemplo: adultos/niños, padres/hijos, hombres/mujeres, enfermos/sanos, gordos/flacos, etcétera. El principio de reciprocidad y la estructura específica de cada familia está condicionada por la experiencia histórica del grupo, por eso la organización de la familia se da en múltiples diferencias que pueden incluir diversas generaciones, por ejemplo, retomando el caso 8, los hijos del primer matrimonio/los hijos del segundo matrimonio, los que viven dentro del hogar/los que viven fuera, etcétera. La dinámica cotidiana de la familia va a reafirmar, en una constancia recíproca, los papeles asignados, construyendo paulatinamente la personalidad de los sujetos. Cuando una acción social es llevada a efecto, no está aislada ni es producto de la generación espontánea, con frecuencia implica la manifestación de una relación:

El acto social –expone Walter Buckley- debe limitarse a la clase de actos que implican la cooperación de más de un individuo, y cuyo objeto es un objeto social... El objetivo de los actos aparece, por lo tanto, en el proceso vital del grupo y no en los procesos vitales de los individuos considerados aisladamente.¹²

Lo anterior, aunque no niega el aspecto racional del ser humano, si pone en duda la pretendida individualidad basada en el libre albedrío. El individuo es fruto de las relaciones intersubjetivas y se encuentra dentro de las ligaduras del deseo inconsciente.

¹² Buckley, Walter, *La sociología y la teoría moderna de los sistemas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993, p. 146.

La teoría de los sistemas, expuesta a principios del siglo XX por Ludwing Von Bertalanffy,¹³ invita a reflexionar a los miembros familiares no como la suma de sus comportamientos aislados sino dentro de un contexto de interacción. Cada una de las partes es analizada no en su carácter fragmentario sino en interacción recíproca. Bajo este contexto se entiende que las conductas, que definen rasgos de la identidad, se establecen desde los procesos de comunicación interaccional. Muchas de las conductas pueden explicarse por este contexto aparentemente externo al individuo, entre las que destacan conductas de irreverencia, de ambigüedad o agresivas. En ciertos casos los integrantes pueden no estar plenamente concientes de las conductas que reafirman la enfermedad, mientras que en otros tantos se han racionalizado, como se verá a continuación.

El relato familiar de la convivencia con un enfermo mental es siempre trágico y algo tiránico. La sintomatología desencadena una violencia expresada fundamentalmente en la ruptura constante de las buenas maneras enseñadas por la sociedad. El denominado enfermo mental tensa la situación de interacción e incluso puede afectar profundamente los lazos afectivos al grado de desencadenar conflictos entre la familia. El enfermo reconfigura terriblemente la organización familiar no sólo por la desesperanza de cura sino también por la amenaza latente de violencia: en cualquier instante se puede mostrar la verdadera naturaleza de la enfermedad y sus efectos pueden ser catastróficos. En el agotamiento de su tranquilidad y de sus planes, la familia tiende a perder la disposición de atender al paciente, éste le representa una carga y surge una intensa necesidad de excluirlo al mundo del confinamiento, de volcarlo hacia el exterior de su dinámica. La organización del grupo, ya sin el enfermo, poco a poco se va transformando en confort. El encierro, esa medida de desesperación, deviene en un balance a la vida cotidiana de la familia que, aunque con la misma historia triste, asegura cierta tranquilidad. A estas alturas del confort, muchas familias pierden la disposición de cuidar a sus enfermos mentales, su lugar, consideran, es el hospital. En la familia

¹³ Bertalanffy, Ludwing Von, *Teoría general de sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.

ya no queda espacio para el individuo sintomático que pasa a jugar el papel de chivo emisario. Algunos relatos pueden ayudar a ilustrar esta situación:

Ejemplo 9: “Estuvo en el Fray Bernardino –comenta la hermana de cierta interna-. Después de dos o tres meses la dieron de alta, pero la verdad, en casa, no la podíamos ya tener, era difícil porque no dormíamos tranquilos, vivíamos con la preocupación de que le fuera a pasar algo, porque prendía cerillos o se salía de madrugada a la calle.”

Ejemplo 10: “Uno ya tiene su vida estructurada –comenta otro familiar-, y sabes que cuando tú familiar sale del hospital de visita a la casa, hay que hacerle un huequito para darle atención: son horas y días. Cada visita al hogar es un tormento, matar el tiempo. ¡No es fácil, no es fácil!”

Ejemplo 11: La hija de una paciente, en su deseo, sospecha que a su madre no la pueden dar de alta, nos comenta que ya es muy difícil que se recupere; aunque al mismo tiempo confiesa que no le gustaría tenerla en su casa porque desequilibraría su vida y la de el resto de sus seres queridos, “los que más la han cuidado”. Ella trabaja en el ámbito del turismo y sabe que tenerla en casa es sinónimo de pérdidas económicas: “la clientela bajaría mucho”, afirma. Además, no sabe como resolvería esta atención extra porque tiene que cuidar a su abuela, que es una mujer de edad avanzada.

Muchos pacientes pierden, de esta manera, su lugar en la familia, su espacio, su cuarto, “hasta la ‘chachas’ (refiriéndose a las trabajadoras domésticas) tienen un cuartito en la azotea, pero muchos de estos pacientes ya perdieron el suyo”, fue el señalamiento que hizo algún médico. Ya no entran en los planes ni en la organización del grupo de origen; excluidos del hogar no tienen ya posibilidad de estar más con sus familiares. Les representan una carga o una amenaza, son considerados como “enfermos terminales” (en la medida en que las esperanzas de cura son nulas), con funciones atrofiadas de por vida. Enfermos terminales, pero sin una promesa mortífera en el corto plazo. Arrojadados a la soledad, exiliados en un naufragio social, muchos pacientes están destinados a morir en un encierro triste y desolado con plena justificación ya que su enfermedad así lo exige: representan una amenaza.

El imaginario de peligrosidad que envuelve al paciente lo obliga al destierro familiar, no tienen un espacio dentro de la familia, ya no son aceptados debido a las agresiones que provocaron en el pasado (aún a pesar de que en la actualidad no sean ya capaces de satisfacer sus necesidades básicas, como es ir al baño). El rechazo de su ser se manifiesta en múltiples dimensiones que van desde el abandono, el olvido y el encierro, hasta el desdibujamiento de su persona.

Ejemplo 12: Cuando la hermana de una interna platica sobre su familia, clasifica a sus hermanos entre "los que están casados" y "los que son solteros". Su hermana enferma no es contemplada bajo esta estructura de clasificación, simplemente no entra en su sistema de organización familiar.

Ejemplo 13: Un entrevistador pregunta a los hermanos si, de algún modo, conversan entre ellos sobre la enfermedad del paciente, a los que la hermana responde: "no, ya sabemos que no tienen remedio, ya no hablamos de él".

Los médicos reconocen que la disposición de la familia para que su paciente permanezca en el mundo del confinamiento es tal que incluso provocan a los pacientes para que se alteren y evitar así su egreso, los molestan y los agreden verbalmente para así detonar una crisis y confirmar la permanencia de la enfermedad. Algunos otros cuando logran salir del hospital, después de cierto tiempo de tratamiento y conquistada cierta estabilidad, son reinternados bajo los mismos síntomas, porque la familia ya no se acomodó a sus necesidades; por tanto, la familia provoca intencionalmente un medio hostil al paciente designado; incluso, se dan casos frecuentes en que los familiares retiran el medicamento o lo cambian a discreción, con tal de provocar una reacción que justifique nuevamente el internamiento. Por supuesto que no todas las familias toman tales medidas, algunas otras están ansiosas porque su paciente sea externado, son casos excepcionales y quizás por ello resulten más ilustrativos.

La organización de la familia influirá, así mismo, en la enfermedad desde el siguiente hecho: la convivencia con algunos de estos pacientes no representa ningún tipo de riesgo, no son agresivos ni violentos así como tampoco agreden

verbalmente, sin embargo el conflicto y la mala organización que hay en el grupo les obliga a vivir encerrados, a este respecto una madre señala:

Ejemplo 14: "En la casa no lo puedo tener, porque no hay quien me ayude a controlarlo, está mi hija y su esposo pero con ellos no me llevo bien..."

En este sentido se puede considerar que los métodos para estimular la enfermedad mental han sido racionalizados y ocultados en la dinámica del grupo.

Violencia y estructura familiar

La enfermedad mental es un conjunto de síntomas, que bien pueden alcanzar dimensiones biológicas, genéticas, químicas, psicológicas y sociales, la naturaleza de algunos de tales síntomas pueden encontrarse en la organización estructural del grupo. La violencia, las agresiones, el desorden y los delirios cuyo autor es el enfermo, son entendidos desde la perspectiva médica como efecto de la evolución de su enfermedad. El sujeto, en tanto ser social, sin embargo, está determinado por un contexto, hay relaciones que lo anteceden, interacciones recíprocas, investidas por vínculos sentimentales, que van a marcar su conducta. Todo parece indicar que el intercambio de símbolos expresados en la socialización familiar, sean lingüísticos o metalingüísticos, es decir los mensajes expresados desde la glosa corporal, influyen el comportamiento del sujeto; bajo un contexto de desorden los comportamientos agresivos pueden estar acorde al medio y no representar ninguna desviación, antes bien, concuerdan con el momento interaccional de supervivencia; los desconciertos del futuro paciente designado son un modo de establecer relaciones con el mundo, una manera de acceder a la realidad y de interpretarla conforme a su experiencia; su conducta es considerada así, como producto de una historia que se ha depositado en el sujeto más que el resultado de la evolución de alguna enfermedad. En este sentido, se puede entender que el estatuto de peligrosidad de la enfermedad tiene un contexto situado en la interacción social. A este respecto se presenta el siguiente caso:

Ejemplo 15: El pasado está cargado de un recuerdo atormentador para la madre: apenas amanecía y uno de sus hijos salía al mundo a comprar la bebida embriagante que provocaría el éxtasis del padre, éxtasis que desembocaba inevitablemente en golpes hacia todos los miembros de la familia. Ese hijo llevaba diariamente entre sus manos el alcohol, crucifixión de la familia entera.

La madre por lo regular estaba ausente. Tenía que trabajar, no hay más remedio, no hay dinero y la vida es un arma de dos filos: "o trabajaba – comenta ella- y dejaba a mis hijos solos con su papá o me quedaba en casa y no había comida". El calvario cotidiano de aquella época no es algo fácil de olvidar, aún hoy, cuando otro muchacho sale a comprar cerveza, sobre ella recorre la misma sangre y los mismos sentimientos de aquel entonces, vuelven las imágenes tormentosas. "¡Odio la cerveza!" dice ella como para encontrar alivio.

El padre lastimaba a los cuatro muchachos pero con uno era especialmente más estricto. La madre considera que ello pudo afectarle. Cuando en las madrugadas se hallaba poseído por el placer tormentoso de la embriaguez, despertaba a su hijo, le exigía que buscara las agujetas de sus zapatos. Él niño buscaba a las dos o tres de la mañana esas agujetas, frustración del padre violento; no las podía hallar, no estaban por ningún lado de la casa. Había exceso de maltrato por parte del padre y exceso de ausencia protectora, por parte de la madre, pero la vida era un arma de dos filos y ella tuvo que decidir.

En la primaria empezó a manifestarse la enfermedad mental; resultado, dicen los médicos, de la falta de algún componente químico en el cerebro. Una especie de ensimismamiento se apoderó de la mirada de ese hijo violentado por el padre alcoholizado. Se quedaba mirando a la nada con toda la atención posible. En la secundaria se inauguró un nuevo infierno para la madre. La mandaban llamar constantemente porque agredía a sus compañeros, empezaba a romper todo, a ser violento, a salirse a la calle, a perderse. Un día en el hogar volvieron a reinar los golpes, pero ahora la situación se había invertido, noche tras noche el hijo golpeaba al padre como antaño el padre le

golpeó a él. Dice la madre: "él ya estaba grande y se agarró de encargo a su papá. Lo agredía mucho, a mí no me hacía nada sólo a su papá... Su papá le tenía mucho pánico. Le empezaba a pedir dinero y si no le daba lo golpeaba, ¿yo creo que fue venganza verdad?" En aquel entonces el paciente fue internado por sus constantes agresiones, han pasado 20 años y con un cuerpo aún más deteriorado parece que nunca más va a salir del hospital.

La agresión está incorporada al vínculo y emerge en el tiempo de la experiencia. Es parte del mundo de las emociones. Las sensaciones han incorporado una noción de violencia, ésta no surge por impulso de un instinto primario o el equívoco del funcionamiento biológico, es un vínculo trágico que expresa el reconocimiento fatal del otro y que inviste de identidad a quien la efectúa, la fachada del agresor se constituye a partir de este adjetivo, de ésta modalidad anormal, infame y monstruosa puesto que sus consecuencias tienen un resultado devastador y doloroso. La violencia no representa sino una condición estructural de las relaciones sociales, tiene un fin que al mismo tiempo es el medio: el vínculo; la hostilidad es un efecto más que una causa, una posición secundaria de la afección que puede aparecer ante el sentimiento de abandono, ante la impotencia sobre las órdenes, ante el dolor de la vida cotidiana o ante la necesidad de ordenar una estructura caótica. Por lo anterior, es que la agresión humana no puede colocarse en la dimensión de la violencia animal por la supervivencia. Los golpes son signos que se intercambian, para el paciente tienen una dimensión de "semejantes", esta condición, sin embargo, no está rotulada en el mundo simbólico y por tanto parece que no tienen lógica.

Así pues los síntomas de los pacientes bien pueden adquirir un sentido si se considera el universo afectivo en que se desarrollaron, si se toma en consideración el contexto. En este sentido Enrique Pichón-Rivière señala lo siguiente en lo que respecta al delirio:

El delirio sólo puede ser comprendido de esta manera, al entender las tensiones anteriores a la eclosión de la psicosis. Podemos considerar al paciente que enferma como un representante de una estructura tanto individual como familiar, y en la medida en que se conozca esa estructura, ambos aspectos podrán manejarse como dos partes de la misma... lo que

provoca la aparición del emergente mental, del paciente, está en relación directa con la aparición de las tensiones particulares del grupo familiar.¹⁴

Aunque en una primera impresión parece que no hay un principio de realidad en esas oraciones pobremente articuladas del delirio, en el fondo éste intenta expresar alguna experiencia o algún deseo, no de forma clara o directa sino apenas como una metáfora, mensaje enigmático que no está rotulado y que es difícil de reconocer, por lo anterior, sus palabras no pueden ser del todo descalificables. Cuando un paciente narra, por ejemplo, el momento en que le crucificaron, sobre los clavos que le enterraron (él dice no haberse dado cuenta), o la corona de espinas que le pusieron; recuerda que se hallaba todo ensangrentado, que le sacaron y le cortaron el corazón para después cocérselo con una aguja y cabellos. Él dice: “me caí y nadie me levanto”. Quizás en el fondo sólo está expresando el sentimiento de abandono que bajo otras circunstancias narra sin utilizar el elemento metafórico.

Al considerar la enfermedad como una cuestión meramente biológica se corre el riesgo de perder de vista que el paciente se expresa mediante un lenguaje codificado en síntoma. No todo lo que el delirio puede decir es completamente falso ni producto de una inquieta imaginación, suele expresar algo, una vivencia irreal, efecto de algún sentimiento real. Este síntoma es, como la fantasía y la alucinación, una manera de ver realizadas aspiraciones y deseos, de vivirlos aunque no sean reales ni externos, más buscan adecuar e incluso modificar lo real. En este sentido Shatzman señala:

Algunas personas consideradas como esquizofrénicas a quienes yo he conocido, parecían describir durante su ‘enfermedad’, mediante símbolos, situaciones sociales pasadas y presentes (...) Sus familiares, sin embargo, no hacían caso de sus palabras por considerarlas signos o síntomas de su enfermedad y por consiguiente sin validez.¹⁵

¹⁴ Pichón-Rivière, Enrique, *Teoría del vínculo*, Nueva visión, Buenos Aires, 2002, p. 27.

¹⁵ Shatzman, Morton, *El asesinato del alma: la persecución del niño en la familia autoritaria*, México, Siglo XXI, 2005, P.6

La implicación de la familia en la eclosión de una enfermedad mental, no sólo se puede entender por el hecho de que una buena organización ayude a mantener al paciente estabilizado, que se comprometan y no les abandonen en la evolución de su enfermedad, sino también por el hecho de fijar al sujeto en su enfermedad y el de sembrar síntomas o conductas agresivas, como se manifiesta en el caso 15, de ahí pues que el problema de la enfermedad implique necesariamente un problema en la estructura vincular de la familia.

La enfermedad y la dinámica de la familia

Su padre lo presionaba mucho y decía que el tenía que trabajar y que si no lo hacía seguramente era por ser un “maricón”. A veces le daba cinco o seis toques eléctricos por medio de los cables electrónicos, creo que a partir de eso le brotó la enfermedad. Comenzó como a los nueve años.

Familiar de un paciente psiquiátrico

Un régimen absoluto no sólo es aquel que está lleno de malos tratos ya que pueden descubrirse gestos de buena voluntad ante tanta imposición. La justicia honesta muchas veces es intransigente de la misma manera como los buenos propósitos no necesariamente significan promesas de confort y bienestar. Un autoritarismo eficiente no sólo es aquel que, con sus tintes de inflexibilidad, se instala en la voluntad del otro; el autoritarismo total no sólo manifiesta cómo es que hay que conducir los detalles en el comportamiento, no sólo suspende el derecho a rechistar sino que también hace creer que la imposición es el mejor camino. Los sentimientos no corresponden con los sucesos y al sujeto se le prohíbe comentar cualquier contradicción vivida o sentida como tal. Se colonializa al individuo, desde los gestos hasta la voluntad y los sentimientos, Morton Shatzman señala así que: “El propósito es que el niño haga lo que su padre quiere, al tiempo que piensa que hace lo que él quiere. La libertad consiste en ser libre de no ser libre y en ver esa falta de libertad como libertad; eso es todo... no se produce engaño, porque la independencia es obediencia.”¹⁶ Emociones, gestualidad, verbalización son todas formas de expresión y de comunicación, sin

¹⁶ Shatzman, Morton, *El asesinato del alma... Op. cit.* Pp. 28-29

embargo, lo que prevalece en esta situación es la incongruencia entre dichas formas. Un autoritarismo tan eficiente tiene la capacidad de devastar a los sujetos: la salud mental se puede ver trastocada a causa de un exceso de punición, más aún cuando ésta hace creer que tiene la mejor voluntad posible, pues en este aspecto se destruye también los pensamientos y la confianza del niño: se acomodan las palabras para que el otro asimile los deseos paternos como si fueran propios, al tiempo que se le elimina toda defensa (pensamientos de amargura, rencor, ira), no hay posibilidad de escape.

El maltrato y los rechazos, sin embargo, no pueden por sí mismos ser tan eficazmente terribles como para generar estados psicóticos, puesto que ¿cuántos individuos hay que sufrieron la impunidad de la justicia sin que necesariamente signifique ello manifestaciones de síntomas propios de esquizofrénicos? ¿Es que acaso no el mundo estaría lleno de pacientes psiquiátricos? No obstante muchos estudios concuerdan en que la familia puede generar síntomas y estados confusionales cuando se conjugan además otros elementos como el sinsentido, la ambivalencia, la despersonalización, la colonización de la voluntad de los sujetos, la complicidad de los progenitores ante tales situaciones de inescapabilidad, los vínculos filiales y sentimentales desordenados y sobre todo la no racionalización de estos hechos, es decir, la imposibilidad de verbalización del texto y del metacontexto.

Contradicciones, paradojas e ironías (El papel de los padres en la eclosión de la enfermedad mental)

Si dices que esta vara es real, te golpearé con ella,
si dices que esta vara no es real, te golpearé con ella,
si dices que no existe, te golpearé con ella

Enseñanza oriental.
A propósito del doble vínculo de Gregory Bateson

Ejemplo 16: Aquella mañana la madre fue al hospital psiquiátrico a visitar a su hijo mayor, pero el destino iba a ser otro. Al inicio de la visita fue interceptada por un par de extraños con batas blancas que se encontraban en la institución

con el fin de recolectar información acerca de la relación que tienen la familia con el paciente: la convivencia con su hijo fue interrumpida. Las aflicciones de la madre eran muchas y su diálogo extenso. Las palabras desahogadas se convirtieron en un efímero consuelo al mismo tiempo que en olvido: la razón principal de la presencia de la madre en la institución consistía en visitar a su hijo, cosa que a esa altura del diálogo era irrelevante. El paciente exigió atención de la mejor manera en que sabe hacerlo, es decir, con metáforas.

En un primer momento le da a su madre una botella de Coca-Cola llena de agua y le dice: "toma agua". Trata de establecer un vínculo (con el alimento líquido) e intenta así, atraer a su madre; ella rechaza la invitación porque argumenta, el agua está caliente, en lugar de ello, le sugiere que se vaya, que camine "para que se le baje la panza".

En un segundo momento el paciente acerca las bolsas en donde su madre le había llevado comida, y justifica su acción verbalmente: "porque se las roban". "No digas tonterías -responde ella-, ¿Quién se la va a robar?" La madre entonces amenaza y chantajea al hijo internado: "Si te sigues acelerando así no te puedo sacar (de visita al hogar), porque se me sube el azúcar".

En la interacción anterior se pueden encontrar órdenes de mensajes que, a pequeña escala pueden resultar desconcertantes. En primer lugar hay un rechazo manifiesto al paciente: él sabe que ese día es para la visita familiar; también sabe que su madre está ahí, por lo que exige su compañía. Al dedicar tiempo a la entrevista que se le hace, no puede cumplir con el patrón típico de la conducta materna. El paciente comienza a comportarse, a decir de la madre, "aceleradamente". La madre le exige actos aparentemente amorosos que de antemano sabe que su hijo, no va a querer realizar: "irse para allá", por lo que se expresa como si se tratará de una orden bienhechora para el hijo: "vete para allá, camina para que se te baje la panza". Pero como puede observarse, la frase contempla dos órdenes contradictorias: una, la de correr al hijo, hacerlo desaparecer de la vista materna que es disfrazada por otra orden: la que afirma que es por su bien. La madre niega su conducta hostil y la enmascara con los gestos y la modulación de la voz que trata de convertir la

acción en una conducta amorosa. Este mensaje puede ser traducido, de acuerdo con el antropólogo inglés Gregory Bateson como: "no consideres esto como un castigo" "no me tengas como responsable del castigo". Se le impide así al sujeto la posibilidad de asumir la hostilidad de la madre hacia él, aunado al hecho de hacerlo responsable de los actos adversos de la madre, como si estos fueran propios: "si te sigues acelerando así no te puedo sacar porque se me sube el azúcar", es decir, le reprocha porque con sus actitudes "aceleradas" le generan daño.

La situación anterior fue descrita por Gregory Bateson como doble coacción o doble vínculo.¹⁷ El doble vínculo está basado en la emanación de órdenes paradójicas y se puede ubicar en múltiples situaciones de la vida cotidiana, aunque por supuesto en el caso del paciente estas incongruencias devienen en tragedia puesto que le son devastadoras. Las paradojas prácticas, que no son ni matemáticas ni lingüísticas sino de las interacciones cara a cara, no representan por sí mismas un hecho extraordinario ni patológico e incluso pueden hallarse en la estructura misma de la organización social, como señala Mertón:

Por un lado se pide que se oriente la conducta hacia la meta de la riqueza -'cada hombre un rey', dice Marden, Carnegie y Long- y, por otro lado se les niega en gran parte las posibilidades efectivas de alcanzar esta meta por vía institucional. El resultado de esta contradicción estructural es un elevado índice de conductas divergentes.¹⁸

¹⁷ Gregory Bateson, junto con Don D. Jackson, Jay Haley y John H. Weakland, publicaron en 1956 el artículo titulado: *Hacia una teoría de la Esquizofrenia*, dicho artículo fue la base para la creación de una escuela dedicada al estudio del doble vínculo que se consolidó en la Universidad de Palo Alto, California a mediados del siglo XX. La situación del doble vínculo, de acuerdo a los autores, se encuentra constantemente en la dinámica de la familia de enfermos mentales y tiene las siguientes características: 1. Dos o más personas. 2. Una experiencia repetida. 3. Un mandato negativo primario. 4. Un mandato secundario en conflicto con el primero en un nivel más abstracto y, al igual que el primero reforzado por castigos o señales que amenazan la supervivencia. Este mandato secundario puede ser comunicado al niño por medio no verbales (postura, gestos, tono de voz, acción intencionada), y por las implicaciones ocultas de los comentarios verbales. 5. Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima eludir la situación. 6. Finalmente, el conjunto de estos elementos ya no resulta necesarios cuando la víctima ha aprendido a percibir su entorno según el modelo del doble vínculo. Entonces cualquiera de los segmentos de una secuencia del doble vínculo puede ser suficiente para desencadenar la furia o el pánico. Incluso es posible que los mandatos conflictivos sean impartidos por voces que el niño alucina. (Bateson, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente. Una concepción revolucionaria a la comprensión del hombre*, Argentina, Ediciones Lohlé-Lumen, 1998, pp. 263-273).

¹⁸ Robert Merton, "Estructura social y anomia. Revisión y ampliación" en Parsons, T., Fromm, E., Et. al. *La familia*, España, Ediciones península, 1978, p. 86.

El enredo en la comunicación parece ser inseparable de la convivencia humana, las conductas, en apariencia opuestas, muchas veces son inherentes, son parte de un mismo proceso interactivo, a veces de colusión, por ejemplo: para cautivar emocionalmente puede darse el caso de instigar, aunque sea sutilmente, a la persona. Este tipo de comunicación es recurrente cuando se bromea o se advierte un cierto tipo de ironía o humor negro. Cuando Goffman hace el análisis de la presentación de la persona en la vida cotidiana señala que el doble sentido de las conversaciones se da con bastante frecuencia: “La conversación del doble sentido se utiliza de modo regular en el trabajo y en la vida íntima como un medio seguro de aceptar y rechazar pedidos y órdenes que no podrían aceptarse o rechazarse abiertamente sin alterar la relación.”¹⁹ Las paradojas están basadas en una manera sutil y contradictoria de referir órdenes y mensajes, es un modo de decir sin decir; un modo de ordenar sin exigir; de rechazar invitaciones procurando no ser descortés, y es al mismo tiempo una manera en que el sujeto establece relaciones ante la incertidumbre de sus deseos.

La misma naturaleza humana puede ser entendida como ambivalente, paradójica y contradictoria, su complejidad ha incitado a poetas, pintores o científicos. Alejandro Jodorowski, filósofo, psicólogo y director de cine chileno, por ejemplo, expone brillantemente en una de sus películas clásicas *Fando y Lis* tal naturaleza ambigua: Fando le dice a Lis lo mucho que la ama, le dice también lo mucho que significa para él, prometiéndole el exceso de su afecto en cuanto lleguen a su promesa, esto es la tierra prometida *Tar*, intuye Fando que ahí va a amar aún más a Lis. Recuerda entonces que Lis es minusválida y la responsabiliza por la tardanza, por culpa de ella no han podido llegar y no la ha podido amar más. Se molesta. La hostiga y la maltrata. La golpea y la arrastra por un camino de piedras, le arroja objetos y le abandona. Momentos después regresa con Lis para pedirle disculpas y decirle lo mucho que la quiere, prometiéndole que la va a querer aún más cuando lleguen a *Tar*, y es entonces cuando vuelve a recordar el porqué de la tardanza...

¹⁹ Goffman, Erving, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortú editores, 2003, pp. 209-210.

La disputa humana entre su ambivalencia (Eros y Tanatos, Apolo y Dionisio, Yo y Ello, el bien/el mal, Dios/Satanás, etcétera), no puede ser entendida por sí misma como una patología a menos que obture el mundo simbólico, que el lenguaje termine por perder significado, sentido para nombrar al mundo y se transforme en un medio para trastornarlo. Una personalidad terriblemente ambivalente puede utilizar dobles y triples lenguajes con el afán de indefinir la situación, de dañar al otro destruyendo su deseo, pervirtiendo todo el sentido de las cosas.

Cuando la vida cotidiana de la familia y el aprendizaje del niño está llena de múltiples e innumerables situaciones que conciernen a la paradoja, se está determinando una sociabilidad patológica, sobre todo en la medida en que se impide al niño eludir la situación. Los mensajes se establecen a distintos niveles de comunicación no siempre discernibles entre sí, de tal suerte que el sujeto que intenta descifrarlos termina siempre por fracasar. La educación no tipificada, desarrollada en la no-lógica, es decir en el desorden de las órdenes, provoca una respuesta en el mismo nivel de ilógica, así Frida Fromm-Reichman señala: “Resulta lógico que un niño educado por una madre inconsecuente, que a veces se muestra con exceso de indulgencia y otras muy severa, no podrá establecer un código de conductas por sí mismo... será excesivamente severo y terrible en su personalidad”.²⁰ Es de esta manera que, el doble vínculo se entiende no como simple dilema de la vida cotidiana sino como tragedia constante en el caso de quien padece una afección mental: “El doble vínculo –expone Jean Claude Benoit- ofrece una situación más dramática. La orden paradójica pone una barrera a la posibilidad misma de escoger, nada es posible y una consternación alternada infinita se desencadena así.”²¹

Si bien es cierto que Bateson estableció la teoría el doble vínculo en la relación madre/hijo (en cuyo caso la figura paterna se haya desenvuelta en una complicidad pasiva, es decir, su función se haya ensombrecida bajo la tiranía de la madre: emocionalmente no hay un padre que ayude al niño a resolver la situación

²⁰ Fromm-Reichman, *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniacos depresivos*, Buenos Aires, Paidós, 1981, p. 191.

²¹ Benoit, Jean Claude, *El doble Vínculo*. México, Fondo de Cultura Económica, 1985, p. 39

contradictoria, pese a que este sea real.²²) La ambigüedad es creada en un contexto y pueden participar los otros elementos de la familia, incluyendo al padre; de igual forma la situación de inescapabilidad puede ser quebrantada desde una institución como la escuela o un grupo externo como pueden ser los amigos. Es en este punto en donde puede adquirir importancia la familia de procedencia ya que los miembros significativos para la dinámica familiar también pueden estar coludidos en la expresión de órdenes paradójicas (como se observa en el ejemplo 17).

La teoría del aprendizaje conductual expuesta a mediados del siglo XX en norte América señala que el humano emplea contextos pasados para resolver los problemas presentes, sus hábitos de conducta están especificados por su contexto. La enfermedad mental no puede ser la excepción, ésta puede ser entendida, bajo la lógica del doble vínculo, como un modo de adaptarse a un medio ambiguo e incierto, es una reacción normal ante condiciones anormales, en este sentido es que muchos autores se refieren a ella como una forma de aprendizaje en lugar de etiología. He aquí un ejemplo:

Ejemplo 17: La hermana de una paciente relata la manera en que su padre expresa el amor cuando se acerca a su hijo; así, cada que el abuelo le dice al nieto que le de un beso y el pequeño accede el abuelo termina por correrlo diciéndole que ya no lo quiere y que se vaya a otro lado. Esto ha provocado que el nieto no quiera besar al abuelo más. La madre interpreta la conducta de su hijo como acorde al comportamiento de su padre (abuelo). “Es un cariño raro por parte de mi papá”, termina diciendo. Recordemos que una característica del doble vínculo es la invitación forzada a no escapar del campo de interacción. La hermana de la paciente continúa exponiendo así: “mi mamá nos hace saber que, ni modo, mi papá es así y lo tenemos que aceptar, no le debemos de guardar rencor, por que es nuestro papá”.

La denominación que ha surgido para designar a padres con estas características es de “esquizofrenógenos”, son padres que pueden estar marcados

²² En este sentido Bateson al describir el doble vínculo se expreso así de los padres: “...pensamos que lo más probable es que el padre de un esquizofrénico no sea una persona suficientemente sustantiva como para apoyarse en ella...” (Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente... Op. Cit.* 244)

por alguna experiencia que les representa un desajuste emocional, pudiéndose mostrar, o no, en alguna afección mental, estos padres ponen sus propias angustias en los hijos. Les depositan sus ansiedades no de manera racional ni planeada, no obstante, los someten a la doble lógica que perturba su raciocinio. Cuando alguno de los padres está perturbado emocionalmente los hijos están más propensos a generar alguna enfermedad mental debido a la naturaleza de las relaciones sociales que se dan entre ellos. Los siguientes datos expuestos por Bruno Bettelheim muestran cómo es que los niños tienen más probabilidad de desarrollar alguna afección mental sí los progenitores padecen un malestar emocional, sobre todo si la perturbación está en relación con la madre. A decir de este psicoanalista, el 32.5% de 40 niños que en la primavera de 1954 vivían en la Escuela Ortogénica de Chicago convivieron con madres esquizofrenógenas (madres que tenían o tuvieron algún diagnóstico psiquiátrico); el 42.5% de los niños convivieron con madres neuróticas y sólo el 15% tenían madres normales. Los datos que muestra con respecto a los padres son, sin embargo, diferentes: el 7.5% de ellos eran esquizofrénicos, el 37.5% eran alcohólicos o neuróticos y el 35% eran normales.²³ Más allá de todas las posibles interpretaciones que se puedan hacer de tales datos, ellos nos invitan a pensar que existen rasgos predominantes en las familias de los enfermos mentales y en la naturaleza de sus relaciones, es así que se deduce que las aflicciones de los padres pueden hacer resonancia en la experiencia de los hijos, sobre todo si se trata de la madre.

El modelo del doble vínculo viene a arrojar luz al proceso de transmisión de patrones en contextos patológicos mediante las relaciones sociales cotidianas. En tal situación, como se ha mencionado, el progenitor le exige al niño que realice una acción, si el niño no atiende la demanda puede generar un incentivo punitivo, en otra ocasión se vuelve a repetir la misma orden, según la teoría del aprendizaje el niño va a emplear el contexto pasado para resolver la situación actual, sabe por su historia que si no realiza la acción que se le está exigiendo viene un castigo, por lo que no la lleva a cabo, de cualquier manera el castigo se lleva a efecto, no

²³ Bettelheim, Bruno, *Fugitivos de la vida: la rehabilitación de niños perturbados emocionalmente*, España, Fondo de Cultura Económica, 1976, pp. 502-503.

tiene ninguna certeza para adivinar cómo se va a imponer la autoridad. Los estímulos suelen ser los mismos, más no así las recompensas. Sería fácil escapar de la situación haciendo caso omiso de las órdenes o rompiendo todo vínculo con el que ordena, pero no es tan sencillo de resolver ya que, aunado a los mensajes hostiles, hay mensajes secundarios de amor que niegan la posibilidad de huir de la situación, estos mensajes se dan en un nivel de comunicación más abstracto: por medio de glosas corporales, gestos o ademanes se le dice al niño que se le aprecia. De esta manera se niega la conducta hostil. Una característica del doble vínculo, y en este sentido se asemeja al don, es que se mantiene en una dimensión inefable: para que sea efectivamente perturbador tiene que formularse en lo no dicho, su magia devastadora está en lo implícito, como se muestra en el siguiente ejemplo expuesto por Bateson:

Un hombre joven, que se había recuperado bastante bien de un episodio esquizofrénico agudo, fue visitado en el hospital por su madre. Al verla sintió alegría y, movido por un impulso, tendió los brazos y la abrazó; ella se atiesó inmediatamente. Entonces el joven retiró los brazos y ella le preguntó: '¿ya no me quieres más?', entonces él se sonrojó y ella dijo: 'querido, no deberías avergonzarte tan fácilmente y temer tus propios sentimientos'. El paciente fue incapaz de permanecer junto a ella más de unos pocos minutos, y no bien se marchó atacó a uno de los enfermeros y fue encerrado en la celda de confinamiento.²⁴

Si el paciente tuviera la posibilidad de comentar con su madre que es ella quien se "atiesa" ante el afecto, tal vez pudiera eludir la situación perturbadora del doble vínculo, pero la verbalización se vuelve imposible, se halla ante la incapacidad de comentarlo, se halla atrapado en su propio vínculo afectivo. Algunas veces el reclamo es lejano y la memoria no responde; la única certeza es el malestar que provoca la familia, el ataque al vínculo parental.

Ejemplo 18: Durante una entrevista una paciente le dice a su madre que ya no quiere que la vaya a ver, argumenta que se porta mal con ella. La madre, que se sabe observada por entrevistadores, le pregunta qué es lo que hace ella (como para demostrar su inocencia). La paciente no sabe qué responder: "no sé, pero ustedes se portan mal conmigo, no me acuerdo".

²⁴ Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente... Op. cit.* P. 246

“Acuérdate –le reclama la madre–”. Después de finalizada la entrevista la paciente señalará: “nada más me vienen a enfermar y luego me echan la culpa”.

Las terapeutas de mediados del siglo XX orientaron sus observaciones a buscar “madres esquizofrenógenas”. Al darse cuenta de ello, otros terapeutas intentan contrarrestar la tendencia de introducir el fantasma simbólico de la culpa confirmada y el dolor. Contemplan la hipótesis de que la madre es tan víctima como el niño del doble vínculo, Harold F. Searle en 1958 afirma así:

Mi propio trabajo ha demostrado que existe una razón aún más poderosa para la prolongación de esta simbiosis hasta la adultez del hijo, esa razón es el sacrificio esencialmente amoroso y leal de su propia individualidad que el hijo realiza para preservar el inestable equilibrio de la personalidad de su madre. El siente que su propia personalidad enferma funciona acoplada con la de su madre a la que mantiene a salvo.²⁵

El Doble Vínculo de los pacientes. Indistinción de tipo lógicos

“A veces no quiere platicar con nosotros y a veces si... a veces está muy tranquila y otras muy acelerada... como la enfermedad es así”.

Familiar de un paciente psiquiátrico

Una comunicación eficaz es aquélla en donde el receptor interpreta correctamente los mensajes del trasmisor. De alguna manera el ser humano aprende a descifrar adecuadamente los mensajes lingüísticos y los metalenguajes que le son enviados, aunque no sin dificultades: no siempre existe la certeza de que, cuando el otro hace un comentario se trata de una broma y no de una agresión; que cuando emite una risa, ésta sea en tono de burla o de simpatía. La posibilidad de mal interpretar el contenido latente, es decir el contenido no dicho, es frecuente en la comunicación, pues se trata de un proceso sumamente complejo, en donde interviene no sólo el lenguaje con sus énfasis, tonos, puntuaciones y silencios, sino también la gestualidad facial e incluso corporal. El mensaje exige ser

²⁵ Citado en Milton Berger. *Más allá del doble vínculo...* Op. Cit. P. 16

abstraído e interpretado en su contexto: en los ademanes, en las miradas, en los gestos y en los silencios siempre se corre el riesgo de interpretar el deseo propio o de malinterpretar el ajeno. La dificultad de descifrar correctamente los mensajes resulta más efectiva si tales mensajes son contradictorios, es decir si la condición ambivalente del ser humano se muestra en escena, incluso hasta el mensaje más claro puede resultar perturbador y complicado de resolver, aunque el receptor se esfuerce desmedidamente en interpretar correctamente los mensajes que le son enviados puede ocurrir que no acierte, sin embargo, recordemos, siempre existe la posibilidad de comentar el metalenguaje, en corregir la retroalimentación preguntando sobre la situación, el estado de ánimo o la naturaleza de la emisión: ¿estás bromeando? ¿Te encuentras molesto por algo? ¿Quieres marcharte? Son interrogantes que pueden surgir ante la duda en el tono de voz, una mirada ceñuda o un bostezo en la interacción. Es precisamente este ritual de interacción, como fue mencionado, el que se le dificulta comentar al enfermo mental.

Los “errores de conducta” atribuidas a los enfermos mentales son entendidos de esta manera como imposibilidades para manejar los diversos contextos sociales, en la medida en que la capacidad de leer el lenguaje corporal le fue dificultada desde su formación, he aquí un ejemplo:

Ejemplo 19: Una compañera durante la entrevista al revisar sus notas apresuradas, se ríe porque sabe que cuando las vuelva a leer difícilmente las entenderá. La paciente que está presente interpreta este gesto como una agresión y le increpa: “¿qué te traes he?” No acierta a saber de que tipo de risa se trata o, en todo caso, interpreta el suceso como un ataque. Aunque es cierto que todos tenemos en algún momento dificultad para distinguir la naturaleza de los mensajes que nos envían, ya que las palabras pueden estar diciendo una cosa al mismo tiempo que significar otra, en este tipo de enfermos la dificultad y la confusión se vive con mayor frecuencia, interpretan sus objetos internos como una realidad, como señala Bateson a propósito de Russell, el mapa se confunde con el territorio, de manera que a la hora de expresar o descifrar alguna conducta o idea ésta es asociada incorrectamente.

Ejemplo 20: A una paciente que estaba sentada en el pabellón del hospital se le subió un pequeño insecto en el brazo; el animalito al caminar

frotaba sus patas entre sí. La paciente afirmó que el insecto “como que tallaba algo”, interpretando el hecho como una revelación divina: “...cuando me muera y me vaya al cielo, si es que voy, voy a tallar pisos, así, hincada pero tallando pisos; y es que esos animalitos que ya son de Dios, bajan desde el cielo, Dios los manda... quiero limpiar mi casa, barrerla, trapearla, lavar pisos...”

En este caso hay una asociación de hechos reales (primer tipo lógico: el insecto camina por el brazo de la paciente restregando sus patas). La paciente no cree que el hecho sea casual “se me subió el animalito” y ello tiene un sentido profundo que se asocia con sus deseos al observar la conducta del animal (segundo tipo lógico: restregarse las manos se relaciona con “voy a tallar pisos... quiero limpiar mi casa”). No se puede considerar que el enfermo haya perdido contacto vital con el principio de realidad, como lo llegan a comentar los psiquiatras del principio del siglo XX, pues da cuenta de esta realidad, el problema es el de cómo la interpreta, es decir, el proceso de asociación es casi ilimitado lo que conduce a cualquier interpretación, porque el contexto no funciona más como un marco que establece límites al sentido. Un hecho real se asocia arbitrariamente con su deseo, con la memoria o la fantasía, es entonces cuando se dice que no distingue entre mapa y territorio, sea a la hora de emitir mensajes (como muestra el caso 20) o a la hora de recibirlos (por ejemplo mal interpretar una risa). Con otras palabras, la metáfora deja de ser metáfora para convertirse en una realidad literal.

Cabe destacar que la peculiaridad de la enfermedad mental radica en que el error en la asignación de los tipos lógicos no está rotulado en el mundo cultural, es decir, no es aceptado como válido: en la lectura de las cartas del Tarot egipcio, por ejemplo, la indistinción entre mapa y territorio es la misma, pues se considera que las cartas (primer tipo lógico; mapa) representan nuestra vida y nuestro destino (segundo tipo lógico; territorio), tal indistinción se haya rotulada, es una práctica socialmente aceptada. De esta suerte es válido asociar una carta con un estado de ánimo, una persona o un concepto abstracto como el amor o la muerte. La persona que visita a la tarotista va a un encuentro con el sentido; seguramente

alguna situación le apremia o le angustia y requiere las palabras adecuadas para explicar lo que experimenta en su universo interior. Las cartas son símbolos arquetípicos y su interpretación se fundamenta en los relatos e información que el sujeto puede proporcionar al chamán, al brujo o al mago. Socialmente es aceptado el encuentro y sabemos que existen espacios en plazas comerciales y públicas en donde se llevan a cabo prácticas de esta naturaleza. En este sentido es que Ruth Benedict señala que los profetas o chamanes de comunidades rudimentarias tienen una constitución considerada por los occidentales como paranoides (hablar con el sol o con la naturaleza), sin embargo, tal constitución no es considerada como patológica, por el contrario es una constitución privilegiada ya que está rotulada, es decir, es una función legítimamente aceptada por la comunidad.²⁶

Estructura familiar y Doble Vínculo

El doble vínculo puede ser concebido bajo la dinámica de la familia en tres escenarios típicos ideales: en el primero de ellos, descrito por Bateson, la madre expresará simultáneamente órdenes de mensajes ambivalentes. En el segundo, descrito por Shatzman, será el padre quien se conduzca de manera hostil hacia el niño y, cuando él interprete su mensaje y responda, en consecuencia, también hostilmente, el padre dispondrá a la negación de su propia conducta agresiva con un nuevo mensaje amoroso. En ambos casos hay una coalición no establecida de manera formal que, atrapa a alguno de los progenitores en una situación pasiva. Finalmente, en un tercer escenario ambos padres –o incluso todo el grupo familiar– participan en la contradicción. La ambigüedad es manifestada desde la organización de la familia extensa o desde las personas que son significativos para la dinámica del grupo. El siguiente caso, expuesto por Isidoro Berenstein en su libro *Familia y enfermedad mental*, puede ayudar a ilustrar lo anterior:

Ejemplo 21: Un padre le prohibió a la familia tomar toda clase de medicamentos autorecetados, esto a raíz de la muerte, por error y por

²⁶ Bastide, Roger. *Breve historia de la locura... Op. Cit.* pp. 92-94

intoxicación de su hermana política, no se puede resucitar al muerto, pero por lo menos esta prohibición intenta evitar un suceso similar. Antes de la prohibición del padre había otra establecida por la madre, latente, innombrable y casi impredecible pero real: "las mujeres no deben tener formas salientes" ya que son poco apetecibles para el matrimonio. Las dos hijas de este matrimonio mantienen dietas para no subir de peso, los cuidados que conllevan evitar la gordura incluyen tomar medicamentos. Esta segunda orden, en contradicción con la primera, fue establecida con anterioridad. Para cuando el padre emitió la prohibición, había cierta adicción de las hijas al medicamento. La ambivalencia se resuelve en la clandestinidad, Berenstein afirma así que:

La forma de compatibilizar ambas normas: la toma de medicamentos para cumplir con el deseo de la madre y la prohibición de la toma de medicamentos para con el deseo del padre fue pasar a la clandestinidad... Ésta, como toda actividad clandestina, no era desconocida por el grupo familiar, era no nombrada y se mantenía así la ilusión de la no existencia. Conducta similar a la que tiene la sociedad con algunas de sus propias actividades clandestinas: en cuanto se mantienen en un estado y no nombradas son en apariencia ignoradas y totalmente criticadas.²⁷

El ejemplo anterior, que si bien contienen rasgos de ambigüedad que explican el desequilibrio mental, ésta no parece suficiente para explicar el internamiento en un hospital psiquiátrico de una de las hijas, para ello es importante enfocar la visión hacia la dinámica y la estructura de la familia, lo cual exige profundizar en la historia particular de cada grupo y analizar los lazos sentimentales del parentesco. Si bien, el doble vínculo ayuda a entender el modo en que surge un paciente psiquiátrico en la familia, en lugar de un suicida, un delincuente o cualquier otro emergente mental, este parece dejar pendiente algunas dudas, sobre todo aquellas que se enfocan en la estructura de la misma familia. Isidoro Bernstein, en cambio, analiza al grupo familiar a través de una serie de equivalencias simbólicas que se establecen entre sus integrantes, equivalencias que los diferencian pero también los nombran y otorgan identidades inconscientes en el juego familiar; un elemento adicional de interés en el análisis que el autor realiza, es el estudio del

²⁷ Berenstein, Isidoro, *Familia y enfermedad mental*, Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 92

espacio hogareño. Este análisis topográfico tiene pertinencia en la medida en que se puede develar la forma en que la familia y sus miembros se apropian y significan el lugar. No es casual que alguien duerma junto al perro o que se desayune en la recámara en donde el padre duerme solo. Las posiciones en las que se acomodan regularmente denotan la organización de la familia. Saber si la familia extensa habita los mismos espacios y cómo, puede ser sustancial para explicar la dinámica de los síntomas. El ejemplo anterior es interesante porque ilustra el hecho de que la mayor parte de familias con pacientes psiquiátricos designados establecen una dinámica interaccional de naturaleza contradictoria, de forma que la situación de cada integrante familiar queda en suspenso. Cuestionarse por la estructura misma de la familia ayuda a entender el hecho de que en una familia en donde hay varios hijos sólo uno de ellos, en el mejor de los casos, desarrolle síntomas, siendo que, por la naturaleza de los padres, cualquiera o todos tienen la misma oportunidad. En la historia de la familia (proceso diacrónico) se podrán encontrar razones por las que sólo en determinado miembro se proyectan y se condensan las aflicciones (y es precisamente en este punto en donde pudimos percatarnos de la limitación del material recopilado).

Es en la acción social y en la relación interpersonal donde se animan identidades, donde cada "yo" advierte que lo es porque hay un otro de referencia: el hombre sabe que lo es, porque precisamente no es mujer, el extranjero nos persuade a asumir nuestra nacionalidad, el enfermo mental adquiere tal estatuto porque hay otro que es sano y que lo induce a asumir su diferencia. Las identidades requieren de otro y es en la relación interpersonal donde ese otro nos da existencia, donde se confirma nuestra identidad. En las relaciones sociales el yo se complementa con los otros de múltiples maneras. El mandato profundo y efectivo que se ejerce sobre la persona para imponer identidades no deseadas es un elemento indispensable para entender el fenómeno del chivo expiatorio dentro de un grupo o comunidad.

Se distingue dos roles típicos ideales: el primero corresponde a una persona que impone al otro su voluntad, se encuentra en una situación en donde puede promover sus deseos en una segunda persona que abraza pasivamente el rol de

complementario, se convierte en el receptor de una conducta, en el depositario. En algunas ocasiones no se sabe con soltura que la otra persona interfiere en su conducta o bien no se reconoce el significado oculto de la conducta depositada, la asume como si fuera propia. Cuando el primero inicia una acción obliga, al segundo a que la continúe, José Bleger lo expresa de la siguiente manera: “La promoción de una actuación tanto como la delegación de un rol en la conducta, ya existe en el otro.”²⁸

En la familia se ha de encontrar los ingredientes necesarios para ejemplificar lo anterior:

- Hay una persona que tiene un estatus capaz de imponer su voluntad a otros (padres).
- Hay otra persona que está en una situación de asimilar el rol de depositado (hijo).
- Hay conductas que son depositadas (educación, por ejemplo).

En la medida en que la dinámica de la familia en donde prevalece un enfermo mental suele entrar en crisis, se reconoce una necesidad por superarla. Es común encontrar en los testimonios familiares quejas que consideran al enfermo como la causa del desequilibrio familiar. Desde la perspectiva anterior se establece que el paciente no es sino el portavoz de una estructura caótica y surge como un emergente que intenta ordenarla o estabilizarla. Además que, en una organización con características confusas los intercambios que se dan son de tal naturaleza que no permiten al enfermo simbolizar el mundo. Es la manifestación de una estructura desdibujada, en donde los lugares, los roles y las funciones de cada uno de los integrantes no está claro (o bien de una sociedad). El enfermo reconfigura la situación a partir de que se ha identificado como el responsable de la situación caótica; es ahora el depositario de las ansiedades de toda la familia, un chivo expiatorio sobre el cual es admisible desviar las culpas y las responsabilidades. El grupo lo excluye y se cohesionan en la diferencia; otras veces

²⁸ Bleger, José, *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*, Paídos, Argentina, 1978, p. 19

el sujeto designado establece una dinámica coagulante, sin cambio alguno, en donde juega su papel dentro del sistema paradójico. Cuando las relaciones humanas se encuentran trastornadas por una crisis, surge la necesidad de un chivo expiatorio. La función de esa especie de redentor de cotidianas aflicciones es la de ordenar, se le sacrifica para consolidar el lazo social, es el portavoz de un mundo inestable, por el bien del grupo familiar. No conforme con ello se le hace creer que nadie más que él mismo es el responsable, y se le reprocha.

Despersonalización y simbiosis

“A los padres de un esquizofrénico no les está permitido tener un hijo que sea un fruto; a un esquizofrénico no les está permitido existir”.

Gisela Pankow

El paciente designado, se desdibuja parcialmente en la medida en que cumple un papel dentro del sistema familiar. Por eso puede ser cierto que la situación sintomática de un integrante del grupo familiar no se considere estrictamente como un tema patológico, sino un “juego” en el interior de un sistema; ello no implica que esta situación extrema en donde un integrante es un “otro complementario” no signifique a su vez una relación de sometimiento al yo que es relegado a un mundo de sombras, un mundo vivido como devastador, donde la provincia del yo de los padres no contempla sus límites ni la existencia de sus descendientes. La dinámica de la familia se vivencia como un solo cuerpo en donde cualquier alejamiento de uno de sus integrantes se experimenta como fatal y angustioso. En tales casos los padres encarnan a los hijos constantemente en la cotidianidad, los envuelven, he aquí un ejemplo:

Ejemplo 22: El ambiente familiar está compuesto fundamentalmente por la relación entre la madre y su hijo; las hermanas no cuentan en esta realidad porque ya escaparon a ella: son casadas, viven aparte y además trabajan. Ellas no se interesan por el hermano internado en el psiquiátrico. No tienen tiempo para visitarlo. Desde que el enfermo era pequeño, como el tamaño de

la pena, el padre ya estaba ausente y la madre decidió que el niño no crecería con la imagen del padre: "el ambiente familiar nada más es él y yo" asegura la madre; ella sabe que no puede estar sin él, "que me indispensable". Es así que hay una inadvertida tranquilidad con la enfermedad, no es una tranquilidad dulce, ni tampoco de esas que dan alegría, sino una tranquilidad simbiótica y mortífera, se trata apenas de la deformación de alguna tranquilidad.

En cada momento de su vida la madre ha estado con él, "nunca lo he dejado" –dice con orgullo-, y aunque a lo mejor está "conciente de quitarle a los amigos", de quitarle el derecho a la tibieza y a los futuros odios, sabe que lo hizo por su bien. Ella se convence de su papel devorador: "una madre, yo pienso, cubre a su hijo, a lo más hermoso de su vida, que es su hijo... Platicamos él y yo, él me llena... nunca dejé de separarme de él."

Durante alguna entrevista ésta madre recuerda la infancia de su hijo y una primera enfermedad grave: la polio que ciñó a su pequeño a los 7 años de edad. El suceso lo asume de la siguiente manera: "Él estaba vacunado, me dijeron que, de mil personas, a una podía darle la polio y esa una *me tocó a mí*". Los lazos afectivos, en este caso, son tan grandes que ella se identifica claramente con el hijo, los límites de su yo se extienden a su hijo, no hay diferencia entre el yo y el tú. Curiosamente, cuando esta madre platica, identifica al padre como una persona agresiva y desplaza sus palabras hacia el hijo de forma casi imperceptible, identificándolo en la agresividad. Su lenguaje refiere casi indistintamente al padre, al hijo y a ella misma.

El enfermo mental no tiene una existencia plena, ya que la identificación simbiótica lo hace dependiente de sus progenitores, ambos forman un cuerpo único, no se trata ya de una identificación del yo con el otro, sino que se encarna al otro, en la medida de lo posible. La prisión simbiótica surge cuando los padres consideran al niño sólo como un cuerpo biológico que demanda pero que carece de deseos, de sexualidad propia, de independencia. Ambos cuerpos parecen vivir un mismo yo, como lo muestra el caso siguiente:

Ejemplo 23: A una paciente, contrario a lo que se pudiera pensar, le molesta que sus padres la vayan a visitar, porque, observa ella, *la enferman*. Con todo y los desprecios "enigmáticos" de la paciente los padres se siguen

enfrentando al hospital y a su hija: "estoy luchando para venir a ver a mi hija", asegura la madre con una aparente tristeza resignada, a lo que la hija responde: "sí, pero ya no pienso venir". En su deseo de no ser visitada habla como si ella fuera la madre.

En la dependencia se asigna una identidad: la de no existir, tal identidad es asimilada inadvertidamente por los hijos y en el caso de los enfermos mentales se muestra de manera más clara cómo es que viven con un no-reconocimiento de su yo, por ejemplo cuando se miran al espejo y este no les devuelve su imagen o cuando se reconocen como seres que no existen.

Ejemplo 24: Es imposible estar del todo seguro, pero esas cosas de la virgen son sólo mitos, asegura con orgullo de ilustrado un paciente cristiano, sin embargo las creencias religiosas no son desechadas del todo, ya que, agrega el paciente: cada persona tiene una misión que si no se cumple no se vuelve a nacer, él no la había cumplido, por eso dice que no ha vuelto a nacer.

Este discurso revela la imposibilidad de tener una existencia propia. La historia particular de cada familia va a asignar a un miembro en específico para que éste viva bajo la sombra de un vínculo devorador. Los sucesos particulares de la vida del grupo son los que asignan quién de los hijos va a tener tal o cual nombre, quién va a vivir en determinado espacio geográfico de la casa, quien será el destinado a partir de casa para cuidar algún familiar enfermo o sobre quién se van a depositar las angustias. Los padres no permiten que el niño constituya un yo independiente de ellos y tal actitud depende de los sucesos que giran sobre los hijos y del carácter de su persona.

El enfermo vive su desdibujamiento en la estructura familiar de manera angustiante. Los delirios megalomaniacos pueden ser entendidos, en este sentido, como una necesidad de exigir un reconocimiento dentro de la genealogía familiar. Recordemos que los antropólogos sociales enfocaban sus análisis principalmente hacia los lazos de parentesco, esto no es casual ya que estaban en la búsqueda de la estructura, de sus funciones que, para ellos, era importante para discernir la reproducción y el orden de las sociedades.

En la literatura psicoanalítica se pueden rastrear algunos casos en donde los hijos son una extensión del cuerpo de los padres. Gisela Pankow, por ejemplo,

narra como un padre representa obras de teatro con sus hijas mellizas en donde una siempre es “la buena”, mientras que la otra desempeña constantemente el papel de “la villana”. De esta manera es como en sus hijas vislumbra una parte de sí. Cuando su hija “la villana” se casa, el padre siente que su sistema ya no funciona más, pues ha perdido parte de si mismo, su hija ya no forma parte de su cuerpo.²⁹ El sistema de intercambio, era un sistema de complementariedades simbólicas; si se pierde una parte deja de funcionar el todo.

Los síntomas tienen un contexto.

Ya sea que la enfermedad mental sea entendida como una manera de adaptarse a un medio adverso, una exigencia para llenar una laguna (un rol simbólico vacío), o bien una necesidad inconsciente del grupo para ordenar una estructura caótica, lo que interesa destacar es que la mejor manera de entender el nacimiento de alguna conducta (sea desviada o no), es por medio de la interacción social, es decir, no contemplar al enfermo como un individuo aparte de su medio y sin historia, sino como una persona que se comunica con otras, que intercambia símbolos a través de sus acciones. En este sentido no se puede considerar, como lo hace la antipsiquiatría inglesa, al enfermo como un ser únicamente predeterminado por el imperio patriarcal,³⁰ ya que la influencia que éste puede ejercer sobre el propio grupo familiar, puede ser igualmente perturbador. De ahí la dificultad en distinguir si los padres son “esquizofrenógenos” (y de esta manera

²⁹ Pankow, G. *Op. cit.* Pp. 50-52.

³⁰ A lo largo de su obra Ronald D. Laing se interesó por el estudio de las familias de los pacientes psiquiátricos. Ya desde su primera obra: *El yo Dividido* (Laing, Ronald D, *El yo Divido*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001), hace un análisis extenso de los antecedentes familiares de Julie, una paciente del hospital de la ciudad de Glasgow. En esta obra, publicada en 1961 Laing considera que Julie actúa tan desorientadamente (lo que se diagnostica como estado psicótico), debido a las presiones familiares. Es en 1964 cuando publica *Cordura, locura y familia* (Laing, Ronald D, *Cordura, Locura y familia. Familias de esquizofrénicos*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001), y donde modifica la percepción que tenía de la relación familia/enfermedad mental, aquí ya no considera la enfermedad del paciente como una instancia con cierta independencia de la familia, sino que la familia en su conjunto es portadora del síndrome. Aun así queda la impresión que se trata de una explicación unilateral, sin lugar a dudas que tiene que ver con los fines de la momento: evidenciar que la enfermedad mental no es un problema de actitud ni tampoco un problema biológico sino que surge como efecto de determinadas relaciones de poder.

favorecer al florecimiento de los síntomas en los hijos), o bien, saber si las perturbaciones de naturaleza esquizofrenógena surgen en la convivencia interaccional en donde el enfermo mental es parte del sistema. En todo caso, es importante el análisis diacrónico, o sea, la historia del sujeto y de sus síntomas, así como el análisis sincrónico, es decir, los intercambios intersubjetivos, que configuran determinada organización de la familia y sus relaciones. Isidoro Berenstein al respecto señala:

Pensar que la familia determina el trastorno mental de uno de sus integrantes o que el paciente determina, por medio de su enfermedad "natural" la organización familiar, supone pensar en términos de causalidad lineal. Estudiar la relación supone el pasaje a una causalidad circular o estructural. No podemos saber si la familia es causa del trastorno de uno de sus miembros o si éste condiciona la familia que observamos.³¹

El objetivo del siguiente capítulo es el de enfatizar sobre los problemas sociales y afectivos que surgen de la convivencia con un enfermo mental.

³¹ Berenstein, Isidoro. *Familia y enfermedad mental... Op. cit.* p.71

La metamorfosis (Viñeta 3)

Esa mañana cayó otra víctima de la metamorfosis. Castigo divino que no puede dejar de poseer a quien, como Gregorio Samsa, se convierte a sí mismo en desorden. Sin lugar a dudas que fue por tomar tan en serio su postura de autoridad, por imponer su voluntad y su justicia pobre y lisiada, por creer con sincera ceguera en el disfraz de padre; fueron sus hijos quienes le concedieron esa humilde vocación y en consecuencia él les pagó con lucientes desequilibrios enmascarados por destellos de bienestar. Él quería que sólo se hiciera su palabra, que las cosas anduvieran como él mandaba, fueran derechas o torcidas: ¡como el mandara! Invoco con frecuencia aquellos términos verticales e irrefutables, propios de los padres: "aquí se hace lo que yo diga". Por ello fue castigado.

Cayó desde el cielo como triste prófugo del paraíso. Dios lo arrojó al pabellón de mujeres de un hospital psiquiátrico transformado en pinacate. Andaba de gira con alguna de esas chicas de las telenovelas y desde las alturas Dios, que también dicta mandatos, dijo: "ahora te voy a convertir y ahí mismo lo convertí".

Sus patitas se movían contra su voluntad, el caparazón no le ayudaba a mantener el equilibrio. Él sentía que iba a echar de menos su cuerpo aunque no sabía hasta qué punto; mientras se resignaba a entender esa dulce blasfemia, sin más ni más fue aplastado: "yo no lo sabía... -confiesa la paciente-, ese animalito tan feo y tan prieto... ¡y que lo aplastó!". Despidió su fatal hedor, de esos que incitan al asco y fue entonces cuando ella supo que se trataba de su padre, quien en el susurro de la agonía alcanzó a evocar algunas palabras: "ahí cuidas a nuestros hijos".

Capítulo 3

La familia trastornada: efectos de la convivencia con un enfermo mental

La interacción y el ordenamiento de la situación

Podemos decir que los delincuentes comunes ofenden el orden de la propiedad; los traidores, el orden político; las parejas incestuosas el orden de parentesco; los homosexuales el orden del rol sexual; los adictos a las drogas quizás el orden moral, etcétera. Debemos preguntar, entonces: ¿qué tipo de orden social está específicamente relacionado con la conducta psicótica?

Erving Goffman.

Es en el orden microscópico de las interacciones cotidianas en donde el enfermo mental va a evidenciar su conducta anómala. Este orden, que exige el cumplimiento de reglas del juego no escritas, está adherido en la piel de cada individuo, lo que permite afirmar que todo integrante de una comunidad es un ser social; el orden de la interacción situacional gobierna cada uno de los gestos, cada mirada, así como las palabras dichas y silenciadas deberán tener pertinencia contextual, esto es, no hablar de más pero tampoco de menos. El orden micros social coacciona tan sutilmente que muchas veces pasa casi inadvertidamente, es casi imperceptible, pero está ahí, hasta en el encuentro más efímero o superficial hay una dirección social establecida (por no decir que se trata de un control), con una promesa o amenaza de sanción para aquel quien lo rompa. La microsociología apunta el estudio de estas reglas y rituales que explican el orden de la interacción cotidiana, el establecimiento de los lazos de intercambio social y el mantenimiento de las costumbres y las buenas maneras. En la medida en que el paciente psiquiátrico define su comportamiento por la ruptura de tales microrituales de interacción se considera un enfermo. El problema que define la enfermedad mental se da porque quiebra el orden de la interacción simbólica, por decirlo de alguna forma, el enfermo mental “enloquece la situación”. De esta manera es que en el siguiente apartado se pretende destacar la manera en que se establece el orden social y el modo en que el enfermo lo rompe.

Desde el primer contacto con algún otro, así se trate de un extraño, se intercambian símbolos y signos (aprendidos culturalmente y enseñados principalmente por la familia), que hacen posible las interacciones cara a cara entre los miembros de la sociedad. Estos datos arrojarán, voluntaria o

involuntariamente, rasgos de nuestro presente y pasado. De cualquier forma el resultado pretende ser igual para todos: el saber manejar el cuerpo y la situación o, como diría Goffman, los momentos y los hombres. La persona intercambia símbolos y exige con ellos un valor y un trato social, la información que emane de su persona es la que definirá el trato que se le asigne, de esta manera la persona puede ser estigmatizada como resultado de tal intercambio social y simbólico.

Ofrecer virtudes ficticias, por ejemplo, puede conducir a cierta sanción social o moral si son desmentidas. El imaginario tiene límites que son establecidos por los patrones culturales. Así, por ejemplo, en Foucault podemos encontrar una ilustración de dicha sanción:

En un momento dado el señor Dupré, quien se encuentra internado, pretende saber Árabe. Durante una situación se le obliga a constatar dicho conocimiento, en la medida en que no lo sabe, se le invita a reconocer su error, es de esta manera que se pretende crear en él la conciencia de que es un enfermo mental.¹

Los sujetos que son descubiertos en el acto de mentir se desprestigian no sólo en el instante de la interacción con otros hombres puesto que pueden perder su prestigio para siempre, ya no será fácil volver a confiar en ellos. Recordemos que el problema no estriba estrictamente en la mentira que, a fin de cuentas, existe y hasta es necesaria, el problema es saberse conducir en cada uno de los escenarios sociales, contar con una ensambladura simbólica adecuada y saberse sostener en ella, se considera así que un ciudadano versátil y educado es un buen actor.

El deber ser de la interacción cara a cara se introyecta y se instala en las conciencias individuales y es determinado desde el rol, el estatus, y la posición social de los sujetos, incluyendo la situación en donde se encuentre. Con frecuencia la investidura simbólica de cada una de estas instancias está cargada por la exigencia de rituales que acompañan a cada uno de los comportamientos, empezando por los saludos y despedidas. El sujeto adquiere ciertos rasgos de individualidad a partir del aprendizaje social; en ese sentido son sometidos sus

¹ Foucault, M. *El poder psiquiátrico...* Op. Cit.Pp. 171

deseos más salvajes a ciertos parámetros para ser parte del orden de la interacción. No es él quién habla de sí, sino que él es hablado por otros. Se constituye, de esta manera, en y para otros. Obligado a vestir un traje de gestos y de buenas conductas se presenta como un actor en el teatro de la vida cotidiana, un teatro que se caracteriza por su ubicuidad y su heterogeneidad, cada dimensión de este teatro exige su propio ropaje de conductas que garantice la buena convivencia. El abanico de posibilidades del comportamiento es exigido desde cada situación y depende de la respuesta de los otros actores.

Siguiendo los planteamientos de Goffman, cuando una norma, no formal, de la interacción cara a cara es quebrantada, los sujetos son capaces de descifrar para sí mismos que se ha cometido un error y muchas veces tratarán de repararlo, tal es el principio de socialización y el aprendizaje. Ejemplo de acciones rituales reparadoras son: explicaciones, excusas o ruegos. Señalar que el comportamiento de una persona es tal porque se trata de un enfermo mental es una de las acciones reparadoras más enérgicas: cuando ninguno de estos rituales es pertinente, se le excusará la conducta en tanto acepte que es un discapacitado para participar en la interacción, es decir, que reconozca él mismo o que sea reconocido por personas allegadas a él como un enfermo mental; si se trata de sus familiares este reconocimiento tendrá más peso debido, entre otras cosas, a la implicación emocional que ello exige. Si el sujeto no realiza alguno de estos rituales corre el peligro inminente de ser desaprobado como actor social y castigado, si es que persiste en el error, incluso mediante una acción formal o institucional.

La persona en interacción social debe evitar emitir algunos símbolos que están entendidos por la cultura como una falta de respeto, aunque muchos de ellos sean involuntarios, se deben de evitar en lo posible para así mantener ciertas normas de conducta y apariencia; muchas de estas constricciones parten del mismo cuerpo, ejemplo de estos signos son: bostezar, eructar, emitir flatulencias, rascarse, explosiones de risa o de ira, perder momentáneamente el control muscular sobre el rostro, toser, escupir, rascarse la nariz, mantener una postura al momento de estar sentado o parado, etcétera. La emisión de estos signos, por

cierto, no es totalmente prohibida ante determinadas situaciones, sobre todo cuando la interacción con los otros es demasiado familiar: el hogar, por ejemplo, es una región en donde se tolera mejor algún gesto impensado como los anteriores. Lo anterior supondría que la condición social no está regida por los estados corporales naturales sino por una conciencia corporal general, dada también por los patrones culturales de cada sociedad.

El orden de la interacción cotidiana está dado por múltiples exigencias de comportamiento que al no ser respetadas contraen cierta sanción, por muy sutil que ésta se presente. Es en el intercambio de estos símbolos, como ya fue mencionado, en donde el enfermo mental se va a definir como tal. Muchos de sus síntomas son faltas a la interacción social que están sancionados culturalmente. Cabe aclarar que tales símbolos pueden *no* ser considerados, al menos en una primera manifestación, como síntomas de un paciente psiquiátrico o un candidato a convertirse en tal, son apenas desviaciones de las normas sociales y del buen comportamiento, son actores que efectúan una incorrección en la conducta, por ello quizá se puede entender que pequeños que aún no han aprendido a hablar y que no tienen la necesidad de relacionarse socialmente y de intercambiar símbolos, no pueden ser considerados candidatos para ser expuestos ante un profesionalista de la conducta sino hasta la edad en que están obligados a llevar un ritmo social. Es la constancia de estos actos perturbadores lo que los hará válidos como síntomas. Antes de que se presenten como síntomas psiquiátricos se presentan como falta a las buenas maneras de comportarse por parte de los sujetos que son cercanos al paciente: familiares, compañeros de trabajo o escuela y amigos del vecindario. Los estudios sobre la disfunción cerebral vendrán en un segundo momento y se instalarán de esta manera en la conciencia del grupo. La intervención médica, intervención sancionada socialmente en el lugar de la verdad científica, será la que confirme que, efectivamente, la enfermedad siempre estuvo ahí, su diagnóstico de confirmación o desconfirmación se va a construir a partir de las disfunciones sociales que los familiares, los amigos y la sociedad señalen. El comportamiento anómalo es considerado así como un síntoma orgánico de forma tal que, lo social y lo médico es fusionado y confundido.

La descripción hecha de algunos enfermos mentales muestra que su enfermedad se define en la dimensión social y en la ruptura de rituales. El síntoma psiquiátrico se descubre en tanto síntoma social. Por ejemplo: Frida Fromm-Reichmann describe de la siguiente manera a quien padece maniaco-depresión: “Se enfrenta al rechazo de las exigencias con abierta hostilidad, más bien que como una respuesta depresiva. Por supuesto, además de la actitud exigente, el maniaco manifiesta la tendencia a tomar lo que necesita por la fuerza, si es necesario apelará a la agresión directa.”² Francois Leuret, citado por Foucault refiere al mismo paciente del caso 26 con las siguientes palabras:

El señor Dupré es un hombre grueso y bajo, excedido en carnes; camina solo y jamás dirige la palabra a nadie. Su mirada es insegura y tienen un aire alelado. Emite gases sin cesar por arriba y por abajo, y con mucha frecuencia deja oír un pequeño ruido muy desagradable, con el objetivo de librarse de las emanaciones que, por medio de la necromancia, le introducen en el cuerpo. Es insensible a las deferencias que puedan hacersele, e incluso procura evitarlas. Cuando se le insiste se pone de mal humor, sin llegar nunca a la violencia... Jamás mira a los ojos a nadie y si durante un instante se lo saca de la incertidumbre y la ensoñación que le son habituales, no tarda en recaer en ellas.³

El hombre es inminentemente social; su comportamiento debe estar acorde a las exigencias del intercambio con el resto de las personas y por tanto debe contenerse ya que cualquier exceso puede ser reprochado (exceso de no mirar a los ojos, de carnes, de insensibilidad, etc.); cada momento requiere un comportamiento que no perturbe el orden de la interacción; si necesitamos comprar una mercancía, solicitar información, abordar un transporte, ingresar a un baño público, asistir a una clase o fiesta es fundamental saber actuar cada papel. Hay miradas para cada situación como existen formas de hablar, de sentarse o caminar. El cuerpo es intercambio simbólico y este aprendizaje que conocemos como socialización se adquiere en los grupos primarios, como la familia. Una mirada esquiva o una glosa corporal inadecuada pueden perturbar la interacción.

² Fromm-Reichmann, Frida. *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniacos depresivos*. Argentina, Ed. Paídos. 1998. P. 197.

³ Foucault, M. *El poder psiquiátrico*. Op. Cit. Pp. 171-172.

Observemos, con estas consideraciones, las siguientes fichas de dos expedientes psiquiátricos que se transcribieron literalmente:

Ejemplo 25: Este paciente inicia con su enfermedad a los 20 años de edad aproximadamente, con la vista fija y desviada. Dice que la gente habla de él, que se burlan, que lo quieren dañar. Se muestra hipervigilante, irritable y agresivo, físicamente no agrede, pero es amenazante. Tiene una conducta desafiante y tendencia al vagabundeo. Es hipersexual y desconfiando con su madre: se niega a comer los alimentos que ella prepara por temor a que contengan algo. Presenta soliloquios y risas inmotivadas. A su ingreso era suspicaz, desconfiado, negativista. Actualmente tiene conductas extrañas como untarse la cara con salsa catsup y los genitales con jugo de limón y chile, refiere el paciente porque sospecha que pudiera tener una infección. La madre comenta que desde los 19 años su hijo se enfermó, observándose en él conductas inadecuadas, como irritación o inquietud. En una ocasión defecó en el patio. Comenta que lo suspendieron en la secundaria, en su tercer grado, por bromista. Se niega a participar en las actividades del hogar y cuando lo hace exige se le pague por su trabajo.

Ejemplo 26: Esta paciente dejó de comer, vomitaba y hablaba mucho. Huía, vagabundeaba y se perdía en las calles. Se muestra totalmente verborreica. Su estado de higiene y aliño es regular, al parecer se encuentra reglando ya que en la parte de atrás de la bata hay sangre. Muestra dificultades en las relaciones interpersonales. Tiene periodos de irritabilidad frecuentes. Se considera que es distraída con descuido importante en sus hábitos personales. En el examen mental se destaca su incapacidad para comunicarse verbalmente ya que en ocasiones insiste que es Dios o Fraile (sic). Se encuentra deambulando sin mantener contacto con sus compañeras. A partir de la ruptura con el novio se aisló.

Se puede considerar como característico del ser humano su irreverencia, ese ingenio que lo invita a escapar de lo dado, esa chispa creadora que lo hace ir más allá de lo establecido. Se sabe que tal capacidad de innovar lo puede

convertir, bajo ciertas consideraciones, en alienado.⁴ Así pues alguien que escapa al microorden de las interacciones queda alienado con respecto a la situación, como es el caso del enfermo mental. Erving Goffman señala así que: “La conducta psicótica, como se ha sugerido, está en pugna con lo que se podría considerar el orden público, en especial en una parte de éste, el orden que gobierna las personas en virtud del hecho de encontrarse en presencia física inmediata la una de la otra”.⁵

La historia ha advertido, en este sentido que, antes de consolidarse el saber médico, administradores, juristas e instituciones religiosas fueron instancias con la capacidad de tratar a alineados mentales, quizás por el hecho de que la enfermedad mental está constituida a partir de una apreciación moral y social aún antes que del conocimiento médico. Esto es aceptado, más o menos en la literatura psiquiátrica, aunque no dejen de considerar que se trata de una enfermedad con causas biológicas. El siguiente es un fragmento extraído de una guía para personas que padecen esquizofrenia en donde se ilustra claramente lo anterior:

Las personas con esquizofrenia tienen dificultades en su funcionamiento social. Al comienzo, los síntomas no se notan o parecen ser producidos por otros problemas. Por ejemplo: las personas con esquizofrenia pueden sentirse tensas o tener problemas durmiendo o dificultades concentrándose. A menudo se sienten asiladas y se retraen... Debido a estos problemas estas personas no son capaces de hacer amistades y descuidan su higiene y apariencia personal. Abandonar la escuela o dejar de trabajar son otros signos tempranos de la enfermedad.⁶

⁴ Un ejemplo de ello se observa en el clásico ensayo sobre “La estructura social y la anomia” de Robert Merton. Este sociólogo estadounidense realiza una tipología en donde se destaca el enlace entre dos variables: innovación y desviación. La cultura occidental exhibe el confort que puede ofrecer el consumo de bienes y servicios. El sistema político y económico, sin embargo, no aseguran una distribución equitativa de los recursos económicos, de tal manera que, ciertos sectores de la población se ven imposibilitados para alcanzar el confort y resuelven tal doble coacción convirtiéndose en innovadores. Los innovadores son aquellos sujetos que crean sus propios medios para alcanzar los fines establecido culturalmente. En esta clasificación puede encontrar tanto a empresarios como a estafadores o delincuentes. De acuerdo con este sociólogo la sanción moral es lo que va a convertir a la innovación en desviación. Véase Robert Merton en Parson, T. Fromm E. *Op. Cit.*

⁵ Goffman, E. *Op. Cit.* P. 126.

⁶ Entiendo la esquizofrenia: Una guía para las personas que sufren la esquizofrenia y sus familias. Pp. 1-2. Artículo publicado en www.psisquiatria.com.

El paciente, antaño sometido a un proceso de (des)calificación moral, es clasificado en la actualidad en su capacidad para adaptarse a situaciones sociales o de rendimiento ante la interacción que exige la vida cotidiana y laboral. El test de niveles y los criterios para determinar la existencia de la enfermedad mental se fundamentan en parámetros conductuales propios de la interacción social aunque vista ésta última sólo desde la conducta individual del “paciente”. Antes que el médico diagnostique la presencia de una mal funcionamiento en el sujeto, éste presenta síntomas que son leídos por las personas cercanas como conductas agresivas, hostiles o raras que le valen una sanción social. En este punto el candidato a paciente es catalogado y descalificado socialmente. Las leyes biológicas y las normas sociales, que son de naturaleza distinta, se homologan y se consideran bajo los mismos métodos de análisis, las desviaciones de las primeras se confunden con las desviaciones de las segundas.

Existen, sin embargo, múltiples maneras de volverse un alienado en la situación sin que ello implique, necesariamente, adquirir un estatuto de enfermo mental. De hecho, ningún síntoma de la enfermedad mental es exclusivo de ella, pueden hallarse en otros contextos sin esa connotación de patología biológica: en el estado de ebriedad y el sueño, por ejemplo, se puede apreciar la misma desorganización mental que acompaña a los pacientes. Las expresiones lingüísticas desorganizadas pueden hallarse así mismo en alguien que está aprendiendo otro idioma o en los niños. El sentimiento de persecución puede considerarse como una característica de alguien que ha cometido un acto ilícito o en agentes federales en funciones de investigación secreta. El delirio puede ser considerado bajo otro contexto como una idea tenazmente sostenida. Las agresiones verbales que hacen referencia a la vida sexual pueden considerarse igualmente, bajo otro contexto, como piropos subidos de color⁷. La suma de estos síntomas sociales es indispensable para asegurar el diagnóstico psiquiátrico así como su repetición en múltiples formas de ruptura en rituales de interacción. Advierte de esta manera el DSM-IV, clasificación anglosajona de enfermedades mentales, que los síntomas deben de persistir por más de seis meses.

⁷ Goffman, E. “La locura del puesto”, *Op. cit.*

La sanción social: la desviación y el otro

Los hombres de la sinrazón son tipos que la sociedad reconoce y aísla: el depravado, el disipador, el homosexual, el mago, el suicida, el libertino. La sinrazón empieza a medirse según cierto apartamiento de la norma social.

Michel Foucault

Algunos sociólogos consideran que la desviación de las reglas, sean morales, legales, biológicas o sociales, es lo que provoca el rótulo de marginal, de desviado, de anormal o de enfermo mental. Sabiendo que las reglas regulan el comportamiento entre individuos y dictan formas “correctas” de comportarse, faltar a ellas implica un alejamiento del comportamiento “normal”, es decir, estándar o “correcto”. La constitución patológica se puede definir, en cierto sentido, como aquellos comportamientos que se alejan demasiado del promedio. Los signos que emanan de la persona, es decir, aquellos mensajes que intercambia en la interacción cara a cara, representan el primer aspecto de la situación social, para que el diálogo y el estigma de desviado se pueda expresar en su totalidad tales signos y símbolos exigen ser reconocidos por los otros.

La importancia de la consideración social en la construcción de la patología resulta ser vital. El hecho de faltar a una regla, por ejemplo al encuadre normal de intercambio de símbolos cotidianos, no implica por sí mismo desviación. Ante un acto hay una respuesta de los otros, que son en última instancia quienes juzgan si el acto es o no desviado. Se puede entender así cómo es que distintas sociedades consideran diferentes conductas como patológicas: porque la sociedad juzga los actos, que no son por sí mismos intrínsecamente desviados (quizás por ello Humboldt nunca escuchó hablar de un sólo alienado entre los “indios salvajes” del nuevo continente).

Los infractores de las reglas, sean formales o informales, es decir legales o morales, son juzgados por la sociedad, tal calificación puede devenir incluso en el aislamiento de tales trasgresores, ya que ponen en peligro la seguridad común. La exclusión puede ser concebida en este sentido como una respuesta envuelta en un temor de lo extraño, de lo diferente, de lo anormal, entendido lo anormal no

necesariamente como sinónimo de monstruosidad sino como antónimo de normal, de diferencia con el promedio. Foucault, a este respecto, narra el momento histórico en que las enfermedades venéreas comienzan a invadir Europa; a los enfermos se le recluye en los pocos leprosarios que quedan: los leprosos, asegurados en la muerte, temen a los inquilinos recién llegados al mundo del horror.⁸

Los desviados, entre ellos los enfermos mentales, son personas que efectúan ciertas conductas y actitudes que van más allá de la manera “normal” de comportarse, pero además tales comportamientos “anormales” son juzgados por la familia y la sociedad como incorrectos. El enfermo mental es considerado como desviado sobre todo porque rompe con las reglas y los microrituales de interacción ya que el padecer alguna perturbación, manifestar algún delirio o alucinar en alguna de las modalidades sensoriales (oído, olfato, vista, tacto o gusto) transgreden en la medida en que perturban al grupo. Son, en cierto sentido, enfermos por consenso.⁹

El acto desviado no puede separarse de las relaciones y de la organización a la que pertenecen los involucrados ya que las infracciones sociales no resultan ser casuales, son ante todo un representante de cierta estructura conductual de referencia social, una metáfora que busca su lugar en la interpretación y en la conciencia del grupo. Hay motivos y razones determinadas por la situación biográfica, como fue señalado en el capítulo anterior. El desorden, puede ser considerado como un modo en que el paciente establece relaciones con el mundo, una manera de acceder y de interpretar la realidad. La interacción social, sea caótica o no, lo que ante todo establece son símbolos, lingüísticos y metalingüísticos manifestados bajo un contexto específico.

En un segundo nivel puede considerarse al acto desviado ligado a las relaciones sociales en la medida en que, como señala Goffman: “No es únicamente el hecho de que uno de los sus miembros tenga ideas locas, sino que

⁸ Foucault, M. *Op. Cit.* Pp. 18-20.

⁹ Sobre el consenso de la desviación cabe destacar el siguiente ejemplo: la homosexualidad estaba considerada por la *American Psychiatric Association*, hasta 1975, en la lista de aflicciones mentales.

no está conservado en la relación”.¹⁰ Los familiares tratarán de reestablecer la relación de múltiples maneras, por ejemplo: intentarán convencer al paciente del error de su delirio o bien mostrarán al especialista de la conducta rasgos de su falta en la relación. Como ilustración de esto puede citarse la siguiente tabla expuesta por Ronald Laing a partir de las quejas de la madre de una de sus pacientes:¹¹

Antes de la enfermedad	Después de la enfermedad
Una niña encantadora	Se veía horrorosa, se maquillaba mucho, engordó.
Una niña muy feliz	No era feliz
Bulliciosa	Retraída
Me decía todo. Se quedaba en la estancia por las noches con su madre, su padre y su abuelo	Se iba a su cuarto
Acostumbraba jugar cartas con su madre, su padre y su abuelo	Prefería leer o jugar pero sin entusiasmo
Trabajaba mucho en la escuela	Trabajaba menos, no trabajaba bastante
Era siempre obediente	Se volvió cruel e insolente, (por ejemplo, llamó mentirosa a su madre en una ocasión)
Tenía buenos modales	Hacía ruido al comer, no esperaba en la mesa a que todos terminaran
Creía en Dios	Decía que no creía en Dios; decía que había perdido la fe en la naturaleza humana
<i>Ere buena</i>	Parecía mala a veces

Los desviados lo son a partir de consideraciones sociales, como por ejemplo faltar a una relación, romper con las buenas maneras de comportarse, o simplemente por la consideración, envuelta con una nube de prejuicios culturales. El sociólogo estadounidense Howard Becker, señala así que: “Los grupos sociales crean desviación al hacer las reglas cuya infracción constituye desviación”¹². Esta tesis no pretende establecer, como ley general, que los pacientes rompan todas las leyes de interacción en todo momento, pues entre ellos mismo hay intercambios de símbolos, así como rituales de reparación ante “inconductas”,

¹⁰ Goffman, Erving. “La locura del puesto” en Basaglia, Franco. *Op. cit.* P. 284

¹¹ Laing, R. D., Esterson, A. *Cordura, locura y familia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001, pp. 125-126.

¹² Becker Howard, *Sociología de la desviación*, Buenos Aires, Tiempo contemporáneo, 1983, p. 19.

arreglo de su persona y sancionan, igualmente, a quien viola las leyes del buen comportamiento.

Ejemplo 27: Un paciente, por ejemplo, señaló a otro como un “loco” porque salió al patio del hospital gritando frenético de la emoción.

Ejemplo 28: Otra paciente señala el error de su compañera porque se orina en la mesa, “la mesa –comenta ella- se debería de respetar porque es un lugar sagrado, es donde comemos, es peor que perro”.

Con mucha frecuencia se olvida que el paciente psiquiátrico sólo tiene pequeños espasmos de crisis y se piensa que todo lo referente a él es expresivamente involuntario. Tales consideraciones teóricas, sin embargo, no van a restar angustia o dolor a las familias quienes conviven con dichos infractores. Finalmente, el siguiente apartado, basado en testimonios de familiares, está destinado a hacer algunas consideraciones a este respecto.

Convivir con un enfermo mental

Son varias actitudes de comportamiento que uno dice: y ahora qué, cómo le hago. Vivir con él es la locura, no hay sosiego, no hay nada. Él se para a las 4 ó 5 de la mañana, sube y baja, va y viene. Yo de plano lo encerraba para poder descansar.

Familiar de un paciente psiquiátrico.

Los cambios repentinos de humor, la falta de consideración hacia los otros, las explosiones de ira, entre otros desórdenes provocados en las relaciones humanas, hacen que la vida cotidiana sea algo verdaderamente difícil de llevar. Lo impredecible de las conductas y la vida ingobernable provoca diversas manifestaciones, algunas de ellas tangibles en hechos sociales como son el aislamiento social del grupo, el deterioro de la economía familiar (sin importar su estatus sociocultural), la alteración del orden hogareño, la transferencia y desplazamiento del estigma hacia los familiares, el abandono del paciente en la institución psiquiátrica, cambios de domicilio, etcétera. Algunas otras manifestaciones se evidencian en el ánimo psicológico del grupo, factores

subjetivos tales como la tristeza, vergüenza, sentimiento de pérdida, de culpa o de desesperación para todo tipo de actores que compartan el escenario con el enfermo mental. Las manifestaciones de la enfermedad mental afectan a la familia, poniendo en duda aquellas consideraciones teóricas que consideran que a la esquizofrenia como un mito.¹³

El agotamiento que puede dar la convivencia con un paciente psiquiátrico hace que su compañía se vuelva pesada e indeseable, aún a sabiendas que se considera a sus comportamientos inducidos por instancias ajenas a la voluntad. Cabe destacar, a este respecto que no todos los enfermos mentales van a tener el mismo efecto dissociador en el hogar y no todas las familias van a rechazarlo de la misma forma, algunas muestran una paciencia estoica. Sin duda que la organización antecedita de grupo va a desempeñar un papel fundamental, aunado al hecho de que mientras exista una mayor ruptura en el orden inmediato que fundan las relaciones interpersonales, más insoportable resultará la vida y más grave será considerada la enfermedad, así pues ciertas enfermedades exigirán más atención y cuidados (como por ejemplo, la demencia senil o el retraso mental), algunas otras, mayores sentimientos de vergüenza y estigmatización (por ejemplo la esquizofrenia paranoide en donde el paciente hace movimientos extraños y molesta a los vecinos a horas indeseables), algunas otras pueden ocasionar más gastos (ello depende de que tan crónica sea la enfermedad) en cambio, algunas otras, serán mejor toleradas (como por ejemplo la debilidad mental). Así mismo la confrontación de la enfermedad depende de los vínculos previos que unen a la familia: entre más íntimo sea el vínculo más directo serán los efectos devastadores, sin embargo, este problema es complejo ya que el brote de la enfermedad puede unir a la familia en contra del enfermo o desintegrarla. La familia extensa, como se ha señalado, estará menos implicada con la enfermedad con respecto a la familia nuclear y dentro de este grupo puede

¹³ Ésta expresión, que bien puede entenderse como una alusión al psiquiatra estadounidense radical Thomas Szasz y específicamente a su obra *Esquizofrenia: Mito sagrado de la psiquiatría*, no pretende señalar que aquel pone en duda la existencia de la enfermedad mental, puesto que reconoce las manifestaciones de ésta. La tesis del autor es, por el contrario, denunciar al poder médico quién se ha apoderado de los enfermos mentales limitando sus libertades individuales. En este apartado se pretende destacar que la realización de tales consideraciones podrían ser devastadoras para las familias.

considerarse a la madre como la más comprometida con el paciente.¹⁴ No obstante, existe también la posibilidad de que existan alianzas intrageneracionales que no se manifiestan claramente pero que juegan un papel importante en la dinámica familiar y en los síntomas del paciente designado.

Como una metáfora andante, el enfermo mental transita por la vida cotidiana transformando muchas situaciones en caos, en tanto portador de síntomas, enferma también el encuadre social, lo contamina de su *si*. Poco a poco, a través de pequeñas manifestaciones de “inconductas” el orden social se va pervirtiendo y la familia, emocionalmente se va trastornando.

Estamos acostumbrados a que los actos sociales tienen un carácter predecible, pero con el paciente psiquiátrico no se puede saber, a ciencia cierta, cuál es el rumbo que va a tomar su acción; rompe con todo sentimiento de inferencia¹⁵, aquello que sugirió William I. Thomas para la vida cotidiana no parece ser aplicable: “Vivimos por inferencia. Yo soy, digamos, huésped suyo, usted no sabe, no puede determinar científicamente que no he de robarle su dinero o sus cucharas. Pero por inferencia yo no lo he de hacer y por inferencia usted me tendrá como huésped”.¹⁶ En el momento en que se rompe todo este sentido, la vida se vuelve incierta, así pues los miembros “sanos” del grupo, convertidos en figuras trágicas, exigen la tranquilidad que les fue ultrajada, el encierro del violador de la tranquilidad parece ser una buena medida. Sin embargo, se debe reconocer que el problema es complejo y que existe una participación de todos los integrantes del grupo familiar, como lo ha demostrado la teoría de sistemas. El paciente designado o emergente mental cuenta con el papel de portavoz del grupo, lo que significa que es el representante de un síntoma que aparece sutil o

¹⁴ Sobre este punto se destaca que, como fue señalado en el capítulo anterior, algunas personas que tienen un lazo continuo y significativo con el grupo pueden considerarse igualmente implicado, aunque biológicamente no sean reconocidos como familiares lo mismo que si lo son: los familiares biológicos bien pueden mostrar una actitud desinteresada. No es pues el vínculo consanguíneo el más destacable sino el vínculo funcional, que por lo regular suele coincidir con el primero.

¹⁵ Cabe destacar que aún en medio de este caos tan insostenible se pueden encontrar rasgos de predicción, como por ejemplo en la respuesta estereotipada o en los delirios fijados en una misma idea. A este respecto un elemento del personal del hospital señala: “Si las escuchas y ves sus movimientos o gestos ya sabes que se va a poner mal, lo aprendes a detectar y ya sabes lo que sigue, sabes, por ejemplo, en qué momento aquella paciente se va a tirar”.

¹⁶ Citado por Erwing Goffman, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrurtu. 2002, p. 15

inconscientemente en el discurso familiar. Socialmente, la locura “enloquece” la situación y a la misma familia, como aparece en los relatos y entrevistas recabadas.

El paciente ataca la organización doméstica, destruyendo la armonía usual. Convierte cada objeto cotidiano en un peligro; cada situación en una amenaza: no se sabe cómo se comportará cuando se le saque al parque, cuando lleguen visitas al hogar, cuando suene el teléfono; cada instante de su vida exige una supervisión. “Todos los efectos pueden producir crisis, porque todas las causas pueden provocarla”¹⁷ tal es el señalamiento que hace Foucault. Su (in)conducta hace que el orden social sea insostenible, en cualquier momento puede dañar al hogar, a los vecinos o a sí mismo, por tanto es necesario vivir en un estado de alerta permanente. Es urgente y necesario redefinirlo en el lugar que ocupa en el hogar para así evitar la guardia permanente que sus familiares ejercen sobre él, la fatiga, la impaciencia, el agotamiento de sus energías y la hostilidad de los cuales son víctimas y así dedicar más tiempo a sí mismos.

En la vida cotidiana, cuando un agente social lleva a efecto una ofensa, la relación se puede resolver interrumpiendo todo tipo de vínculo con el ofensor, para la familia del enfermo mental está ruptura no es fácil de resolver ya que se trata de una persona entrañablemente implicada, no resulta sencillo romper con un ser formó parte de una misma historia emocional (violenta, ambigua, angustiante, etcétera), mucho menos cuando no se encuentra en él la capacidad física necesaria para subsistir, a pesar de todo el desajuste emocional en que coloca a los padres. La relación de ambivalencia, es decir de doble vínculo, se viene a reafirmar, resulta así una condena estar encadenados en el enojo, ligados emocionalmente en el malestar, organizados socialmente en el caos que ni aún el internamiento resolverá del todo. Esa medida que surge para defender a la familia del paciente, no cambia del todo la situación desafortunada del grupo ya que éste sigue obligado a resistir la crisis material y emocional, están a la expectativa de la superación de la enfermedad, pero ésta en muchos casos promete ser crónica e insuperable. El personal médico les exige compromiso, que muchas veces trunca

¹⁷ Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica I. Op. Cit.* P. 374.

sus aspiraciones personales (o por lo menos es lo que ellos quieren aparentar), y la posibilidad de llevar una vida tranquila. El grupo escribe páginas de su vida con una tinta de tragedia y amargura. La situación difícilmente se resolverá exiliando al paciente al mundo del confinamiento.

Sentimiento de culpa

Cuando le hicieron la lobotomía fue la locura, ocho meses estuvo estable pero después explotó. Me quería ahorcar y me decía: tú tienes la culpa, por tú culpa estoy así, por tu culpa no soy feliz, por tú culpa no tengo una pareja, por tú culpa no me puedo casar, por tú culpa no tengo una novia, por tu culpa no tengo trabajo. Y si, yo me sentía con mucha culpa, pero ya vi que, aunque tengo grado de responsabilidad, no soy culpable. La terapia me ha ayudado mucho porque yo sufría y lloraba bastante.

Madre de un paciente psiquiátrico

El orden de la familia surge de una dinámica sistémica, es un orden en constante metamorfosis que genera múltiples manifestaciones de estructura grupal. La familia se reestructura de manera continúa y circular, tal manera de organizarse es considerada como parte de su ciclo vital: matrimonios, nacimientos, y muertes son ejemplo para el surgimiento de una nueva organización. El intercambio con el medio parece generar al mismo tiempo una estructura distinta en el grupo, puesto que los nuevos usos culturales pueden modificar así mismo, la dinámica de la familia. Para conservarse como un sistema activo tienen que modificar su organización y el rol que sus componentes adoptan en un momento dado. Hay permanente estructuralización, desestructuralización y reestructuralización. El equilibrio es cambiante. Cabe destacar, sin embargo, que el orden suele cambiar tan sólo en un aspecto, es decir, en una relación. La estructura de la familia es algo que se considera en acción. El orden del sistema es transitorio y abre paso a otro estado de orden. El destino del infante es lograr la independencia del hogar de procreación, tomar una dirección por cuenta propia en cuanto adquiere las aptitudes físicas necesarias. En un miembro con una enfermedad mental grave y crónica la aptitud física necesaria no se desarrolla, su destino social es no dejar de pertenecer a la familia de procreación, vive una especie de infancia permanente. La falta de oportunidad y la homeostasis del sistema no pueden sino generar

sentimientos de frustración. Se sabe que algo anda mal y la pregunta por la causa es inevitable. Dentro de las explicaciones posibles no se descarta aquella de la propia participación. Los progenitores buscan, en sus faltas, la contribución al desarrollo de la enfermedad como lo muestran los siguientes casos:

Ejemplo 29: "Es como si sintiera una carga pesada detrás de mí -expresa el padre de uno de los pacientes- ¿Qué hice mal? ¿Acaso tengo algo malo?, ¿estoy pagando algo?, quizás hice mal el amor. Me siento culpable porque uno espera que sus hijos se realicen.

Ejemplo 30: "Aquí me vine a enterar de que mi hija tiene esquizofrenia paranoide. Para mí fue un golpe muy fuerte, yo en esos días me quería morir. Creía que mi hija a través de unos años se iba a componer... Desconocía totalmente la enfermedad de la mente. Hasta ahora es que lo platicó resignada, pero la verdad yo no aceptaba la enfermedad crónica de mi hija. Ahora si que, por mis errores, mi hija está aquí. Lo único que vengo a concluir es que su enfermedad se debió a la vida que llevó conmigo, por mis parejas. Yo no supe darle ese cariño que necesitaba, en el fondo si me siento culpable..."

La vida, representada como una pesadilla viene a ser más tormentosa cuando los padres ante la necesidad de encontrar una responsabilidad del caos encuentran en sí mismos la culpa. No basta con tener que soportar los desconciertos cotidianos, también hay que cargar con el sentimiento de responsabilidad. El clima psicológico de un contexto con estas características vuelve a la dinámica familiar más tensa y aún menos aceptable para el enfermo. La familia angustiada se evidenciará en la manera de establecer relaciones, tanto positivas como negativas con la enfermedad. Buscará acciones que le proporcionen cierto alivio como por ejemplo: se vuelve condescendiente, tratan de mostrar más afecto, reestructuran las relaciones entre ellos mismos, intenta cambiar aquellos factores que creen, han podido detonar la enfermedad, como lo ilustra el siguiente caso:

Ejemplo 31: "Yo al principio no lo quería -expresa la madre de un paciente-. Uno por ignorancia comete muchos errores, acciones incultas y crueles, pero trata de corregirse, de enmendarlos. Ahora que lo veo enfermo

he aprendido a quererlo, ahora han cambiado mis actitudes para tratar su enfermedad”.

Otro ejemplo puede provenir de la siguiente observación:

Ejemplo 32: A una mamá le da gusto que una doctora no esté más a cargo de su hijo ya que no le permite traerle dulces ni coca cola y que lo consienta mucho. Ella aduce que, dado que su hijo cuando era niño vivió en la calle, lo mínimo que puede hacer ahora es consentirlo.

En muchas ocasiones la familia está atada al paciente y pretende atenderlo por cariño, por sentido de responsabilidad y ocasionalmente por sentimiento de culpa o incluso por lástima. Aunque el sentimiento de culpa puede provocar, así mismo, la posibilidad contraria: la culpa se vive de manera mortífera y como mecanismo de defensa se suprime la participación del paciente en la organización del grupo, la anulación se manifiesta en abandono, en situaciones en donde se elude el contacto con el paciente, en recaídas o bien en exceso de cuidado que agregan una disminución suplementaria a la enfermedad o una aun mayor infantilización del enfermo. La familia angustiada a estos extremos está más propensa a generar situaciones que perjudican en la salud de los pacientes, como lo expresa Carol Anderson:

La mayor diferencia de recaídas entre pacientes tratados con droga y con placebo se detectó en aquellos cuyas familias estaban menos ‘angustiadas’; en cambio el nivel de ambos porcentajes y su similitud se acrecentaban a medida que aumentaba la angustia familiar... si estos regresaban a un hogar de ambiente conflictuado y tenso, aumentaba notablemente el riesgo de recaída.¹⁸

La tendencia de los progenitores a culpabilizarse parece ser confirmada por los reproches del enfermo así como por una serie de teóricos que se han dedicado al estudio de las afecciones mentales en relación con la mala crianza.¹⁹ En tal

¹⁸ Anderson, C. *Op. Cit.* P. 32

¹⁹ Entra tales teorías se puede considerar la del doble vínculo expuesta por Gregory Bateson. Este antropólogo pretende demostrar la influencia que ejerce la madre en el trastorno de su hijo, pero no se tiene como finalidad última responsabilizar culpables ni santificar víctimas. El objetivo es entender, más que calificar o juzgar, estas situaciones. Aunque Bateson consideró que su aporte se refería a la dificultad que tienen este tipo de pacientes para comprender los mensajes que le son enviados, muchos terapeutas de los años 50's, en su necesidad de explicar, desde el enfoque dinámico, a la enfermedad, la consideraron más allá de lo que era y

caso se vive la participación en la enfermedad sin ninguna dirección terapéutica ¿es que acaso los familiares han pretendido conciente y deliberadamente dañar a sus propios vástagos? No se ve un modo de alivio o ayuda en la conciencia de los sentimientos. Parte del diagnóstico consiste en evaluar a la familia y conocer sus perturbaciones pero el apoyo de salud que ellos puedan recibir no es el adecuado, el médico en su carácter de analista de la anatomopatología, por lo menos en su sentido teórico, no alcanza a mirar la ansiedad o la desilusión del paciente o la de su familia, así como tampoco los sentimientos de culpa o las relaciones que pudieran confirmar la enfermedad desde la organización grupal. Su diagnóstico no considera a la familia ya que en su cosmovisión la enfermedad es biológica, pareciera como si ignorarán que entre más estable esté la familia del enfermo mental más valioso será el apoyo que reciba éste.

Deseos de muerte. Testimonios familiares

No sé cuando va a acabar esto... ya se me hacen muchos años...
Familiar de un paciente psiquiátrico

La consternación de las familias se manifiesta de múltiples maneras y sentimientos. Su desesperanza y el decaimiento habían sido de algún modo previsible, implícitos en un diagnóstico que jamás se preocupó por ellas. Pero la realidad siempre resulta ser más tormentosa que cualquier pronóstico fatal. Las expectativas derrumbadas los avergüenza, así como mirar que la muerte sea esto: un deseo inefable. El confort que la ausencia pueda prometer es sólo parcial, como ya lo han vivido en el internamiento, puesto que el fantasma del recuerdo sigue rondando.

Ejemplo 33: Hasta ahora que me lo han recogido estoy tranquila pero no me siento a gusto –expresa una madre-. Es una tranquilidad a medias, porque

vieron en ella la única respuesta a la etiología de la esquizofrenia. (Berger, Milton. et. *Más allá del doble Vínculo. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos*, Barcelona, ediciones Paidós. 1993. P.15)

digo: Dios mío, no es justo, pero ni modo –se seca las lágrimas que expresan su irascible ternura-. Un doctor de medicina general me decía que estos enfermos duran de 15 o 20 años. De su enfermedad ya han pasado los 15 años y él sigue vivo. Entonces ¿habrá que esperar otros 15 años para que muera? Ya son ¿qué serán? 38, 39 años de estar batallando con él.

Se requiere aniquilar el residuo de la presencia con una muerte anticipada y así aspirar a la desaparición absoluta.

El orden homeostático de un sistema en donde se vive la eterna infantilización de un miembro que, a su vez desgasta la vida en cada una de sus conductas volviéndola una tortura, genera tantas perturbaciones que los familiares terminan por arrojarlos a la institución psiquiátrica, delegación de responsabilidades que es entendido por muchas familias como sinónimo de olvido. En caso de que sigan manteniendo contacto con él, el deseo de muerte se convierte muchas veces en una esperanza innombrable, un escape que los libere de una vida tan tormentosa. La muerte es un aura que está impregnada en la identidad imaginaria del paciente, inscrita en el deseo que no encuentra una palabra y se manifiesta en el acto de abandono, en el suplicio del olvido.

El cuerpo biológico es el residuo de un ser querido, es la sombra de una existencia marcada de melancolía, el testimonio de un duelo sin muerte. Esta situación la expresa Horacio Quiroga con las siguientes palabras:

La criatura creció bella y radiante hasta que tuvo año y medio. Pero en el vigésimo mes sacudiéronlo una noche convulsiones terribles y a la mañana siguiente no conocía más a sus padres. El médico lo examinó con esa atención profesional que está visiblemente buscando la causa del mal en las enfermedades de los padres.

Después de algunos días los miembros paralizados recobraron el movimiento; pero la inteligencia, el alma, aún el instinto se habían ido del todo; había quedado profundamente idiota, baboso, colgante, muerto para siempre sobre las rodillas de su madre.²⁰

Ante la resistencia de la memoria a olvidar, sólo queda la supresión absoluta y el deseo de ver muerto a un familiar. No resulta fácil enfrentarse al dolor: los

²⁰ Quiroga, Horacio. *Cuentos de amor, locura y muerte*. “La gallina degollada”. Editorial época, México. 1997. P.21.

familiares han visto como se desarrolla la carrera del paciente, el lento deterioro de un ser querido, se ve como es que pierden paulatinamente su capacidad intelectual, el proceso de metamorfosis a un ser que da de gritos, que anda por la vida con un aspecto deplorable, sin control de esfínteres. Desde afuera los muros del hospital parecen centinelas insensibles, ese espacio que genera sentimientos ambivalentes, tormento a la vez que alivio, que hace de la ambivalencia parte de su dinámica, viene a revivir el recuerdo de un paciente que está vivo físicamente pero muerto psíquicamente. Cada visita al hospital es recordar el momento en que era sano, algunos de ellos incluso todavía esperan una rehabilitación sabiendo de antemano que nunca llegará. Los escalofríos de la tristeza no tienen un punto definitivo, pues se trata de una enfermedad crónica y no terminal, pueden pasar 20 años de duelo y cada visita al hospital es sufrir un luto anticipado al que se le viene a sumar la añoranza de un tiempo conjugado en copretérito ¿En que circunstancias estuvieran sí nunca se hubiera enfermado?

En un principio, la asimilación era incrédula pero poco a poco el sentimiento de pérdida y la fase de duelo se vuelven tan certeras y dolorosas que las esperanzas se derrumban. No hay más. Llega el momento en que el sentimiento es tan doloroso que en cualquier instante puede aparecer una enfermedad, entre ellas no se descarta la posibilidad de las mentales. La enfermedad mental también puede producir enfermedad mental, de aquellas que consideran los médicos son conductas que se manifiestan independientemente de la familia.

La familia trastornada.

Uno no tiene la culpa de eso. Yo no tengo la culpa, pero de alguna manera como que la familia se estigmatiza, se señala a toda la familia por un paciente, y no se vale. Yo creo que no es justo, y además como familiar también se nos dificulta muchísimo, a veces, opinar o socializar en muchas situaciones, porque es algo latente, y en el momento más inesperado, es un arma en las manos de cualquier persona para agredir o hacernos algo, así de fácil, aún en la propia familia.

Familiar de paciente psiquiátrico

La vida social se reduce y se puede volver incómoda. El significado cultural que se tiene de la enfermedad y el rechazo hacia el portador irradia de una identidad

estigmatizante para los familiares restantes, se discrimina al enfermo y con ello indirectamente (o a veces directamente) a la familia. El grupo queda envuelto en la dinámica de la locura, no sólo para el interior desde su organización en donde pueden convertirse en otros enfermos, sino también para el exterior desde la mirada de los otros: el fantasma de insanidad lo comparten todos. Todos se contagian de estigma.

Hay que reconocer que las perturbaciones que sufren los padres bien pueden venir a consecuencia de convivir con una persona con estas características que pone en entredicho la cotidianidad o bien por el hecho de asimilar que su hijo sea una persona discapacitada, provoca un duelo que muchas veces no es resuelto de manera efectiva, por lo que algunos familiares se vuelven melancólicos o depresivos. El familiar es percibido como una carga a la que hay que soportar. Durante las entrevistas a los familiares que visitan a sus parientes internados, el discurso dejaba ver claramente esta percepción de fastidio e incomodidad: se refieren al pariente como “el paquete”, la “mochila”, la cruz, o el “problema”. La enfermedad mental puede ser consecuencia de una determinada dinámica que desdibuja la estructura familiar, es decir, los posicionamientos generacionales, sexuales y las funciones e identidades; también es cierto que el brote mismo de la enfermedad retroalimenta esta dinámica o traslada “la enfermedad” al grupo. La enfermedad, por decirlo de alguna forma, termina por enfermar al grupo. El análisis es complejo porque no se puede partir de una visión lineal (de tipo causa y efecto) sino de un análisis de tipo sistémico en donde todos los integrantes de la familia participan e incluso intervienen (sincronía). Asimismo, el análisis de la historia familiar y generacional permite entender la transmisión de ciertos comportamientos aprendidos o, si se prefiere, de determinados significantes y deseos inconscientes entre las generaciones.

En el nivel cotidiano, del orden de la interacción social, el sufrimiento, el dolor, pero también la amenaza y las agresiones, conforman buena parte de la dinámica de estas familias con paciente designado. Los fantasmas de muerte no sólo aparecen en los familiares que visitan al enfermo internado, también se dejan traslucir en los mismos delirios de los pacientes, en las agresiones y en las huidas.

Esquizofrenia paranoide progresiva (Viñeta 4)

La relación de noviazgo fue larga, de nueve años aproximadamente. El tiempo compartido se negó a ser mitad, de pronto ellos se sintieron con la necesidad de compartir el tiempo entero por el resto de sus vidas; se sabe que sólo con el matrimonio tal disposición puede comprometerse de una manera efectiva y quizá por eso, ellos decidieron consumir el pacto. Las mutuas tentaciones fueron el principal augurio del matrimonio, aunado al optimismo de él y al embarazo de ella. Veintidós años representan una buena edad para redactar una cándida fabula, claro está que la vocación monogámica no es suficiente con la ley civil, ni con la fidelidad, ni con el afecto; para dar confort a la nueva relación y al cuerpo biológico que se avecina es indispensable un hogar. Se ha dicho que el hogar está en cualquier parte en donde haya afecto y disposición, tal vez por eso, a ella no le importó vivir junto con la madre de él.

Una suma de palabras dichas en un mal tono durante cuatro meses bastó para terminar el cuento de hadas y con los nueve años de noviazgo, con los sueños de cuentos de hada y con la promesa de un futuro estable. Las aspiraciones se vieron truncadas porque la frontera del "nosotros" fue invadida por la madre de él y con 'justa razón' ya que la suegra consideraba que sus opiniones eran lucidamente pertinentes pues vivían en su hogar y ahí se hacía su voluntad. Ella (de seudónimo Dolores, por llamarla de algún modo) no se sintió feliz, la alegría dulce y taciturna de lo familiar dejaron de existir para siempre junto con el recién matrimonio. La metamorfosis del sueño en infierno lo relata con las siguientes palabras:

Se convirtió en una relación en la cual ya no había amor de pareja.
Sólo había falta de compañía, falta de estímulo, de apoyo, de cariño y

de ternura... después de nueve años hubo una relación, pero una relación angustiante, una relación casi forzada. La ilusión para mí se había terminado.

Dolores se regresó a su antiguo hogar, el que habitaba durante su soltería, mismo que compartía con sus padres y hermanos. El eterno retorno, casi nietzcheniano, evitó que su pasado esposo no conociera a su futuro hijo, que al mismo tiempo iba a ser también un futuro enfermo mental. Convaleciente y con un sentimiento de frustración y fracaso se volvió al hogar, regresó justo cuando el fruto de un amor efímero se hallaba en el umbral de la vida.

Antes de partir, la situación y la vida en el hogar de Dolores eran tormentosas, una crisis reinaba dictatorialmente las relaciones familiares, su familia siempre fue poco hospitalaria y afectiva, los vínculos entre ellos estaban rotulados con un sentimiento de reproche. Ella aduce que el infierno cotidiano de aquel entonces fue producido por su padre y por la embriaguez crónica de la cual vivía prisionero. A este respecto cuenta que su padre sólo dejó de beber cuando se hallaba muerto.

Los sentimientos de discriminación hacia Dolores fueron colectivos y masivos. Antes de que se saliera ya había crisis, pero lo más probable es que a partir de su regreso, la familia comenzará a producir finalidades comunes, a ponerse de acuerdo para expresar sentimientos de desprecio a su fracaso y a ella misma, siendo la mayor de cuatro hermanos, es víctima de discriminaciones y reproches, lo mismo de ellos como de su padre, su madre vive cautiva en una sumisión tan arraigada que no tiene tiempo de manifestar reproches o afecto ya que siempre está muy ocupada limpiando la casa.

Aunque Dolores no estuvo ni está adherida a ningún partido feminista, si sabe que odia a los hombres pues en aquella época no recibió apoyo ni de sus

hermanos, ni de su papá, ni de su esposo. En casa le sentenciaron: "Pues ahí tendrás la casa, pero tienes que trabajar para la leche, para pañales y para que tu hijo coma, porque aquí no te lo vamos a mantener". El modo en el que hoy lo recuerda es de entera melancolía y tristeza, parece que le avergüenza su historia y su familia, parece que todavía la herida no ha cicatrizado pese a que ya han transcurrido más de 50 años. El dolor se ha mantenido en su mundo inconciente, en donde el tiempo no pasa. En más de una ocasión mientras nos narraba su historia expresó el dolor que le provoca vivir emitiendo llanto.

El hijo todavía no ha nacido pero ya se ha convertido en la objetivación de un azar destructor, aún no viene al mundo y ya se considera que es efecto del desorden y del caos, representa una carga, un problema indeseable que hace más difícil la situación, ya de por sí difícil. Muchos padres piensan: "este niño me va a echar a perder la vida" o "mi hijo me va a devorar" y como promesa autocumplida, a los niños sólo les queda llevar a efecto el destino que el oráculo paterno les ha trazado. Muchas veces lo que viene después ya estaba ahí, sólo hace falta depositarlo en alguien.

En tal situación, nuestro personaje principal nació, fue un 16 de Marzo de 1958 para ser exactos. Antes de que él naciera, como se observa, hay ya una historia que ha marcado su porvenir y que se evidenciará desde el parto, Dolores cometa a este respecto: "Se pasó por casi doce horas y media, estaba ya casi morado, me lo tuvieron que sacar con fórceps, ide milagro vivió!", pareciera como si existiera una resistencia inconsciente para retener su existencia que pesaba aún antes de ser. Doce horas y media pueden significar muchas cosas: exceso de sueño, de trabajo, pueden ser un instante en la vida de cualquier humano o bien pueden ser la inauguración de una catástrofe como lo fue en este caso. Se pasó el parto y la lesión cerebral que ello implica marcó

el destino para siempre, sólo doce horas y media y ya no hay más vuelta atrás. Ello fue el inicio de la enfermedad mental, el acontecimiento fundador. De pronto la noche se volvió perpetua y la tortura de vivir más efectiva, a las tardes grises y al mundo sin color se le vino a sumar otro sueño roto. Hay otro elemento que se vienen a sumar a la complicada situación, ¿o será que este elemento que se suma no es más que producto de la difícil situación?

- *La infancia como destino*

Dolores intuye que no nació en el sitio que le correspondía, hubo una mala broma del destino. El hecho de que el placer se haya olvidado de recorrer su piel le duele. Ver como un sueño se quiebra tras otro, verlos caer al vacío, romperse en mil pedazos. Pero no hay espacio en la vida para el llanto. Hay que trabajar, hay que salir a la calle, huir del hogar, de los padres, de los hermanos, de los fantasmas, de la melancolía y del hijo. A los abuelos se les asigna la tarea de la formación del pequeño, ella no quiere saber nada. Es como si el intercambio fuera el siguiente: tú me das reproches y yo te doy responsabilidades.

A estas alturas no se sabe que el pequeño es un enfermo mental, aún no tiene la obligación social de intercambiar símbolos, aún no tiene la capacidad física de manifestar síntomas que le valgan el rótulo de enfermo mental y quizá por ello a Dolores nada le importa rechazarlo emocionalmente. Esa chispa de vida originada en el caos es el testimonio de su fracaso, es la objetivación del

desorden de lo que la vida ha hecho de ella, en pocas palabras, es algo de lo que nada se quiere saber.

Es en esta situación que Jesús recibe su educación. Desde muy temprana edad la anarquía rige su vida emocional. Ahí, junto a su madre y a su abuelo alcohólico tiene que simbolizar al mundo. ¿Es que acaso las futuras manifestaciones de su enfermedad mental no puede entenderse como efecto de tales acontecimientos, como una forma de adaptación a un medio ambiente perjudicial? A este respecto el antipsiquiatra inglés Morton Shatzman refiere:

Ciertos individuos considerados como locos parecen haber aprendido modelos extraños de experiencia y de conducta en una temprana fase de su vida. Mucho de lo que se supone locura puede bien considerarse como una forma de adaptación a determinadas situaciones de aprendizaje.²¹

La devastación simbólica de Jesús, que bien puede tener su fundamento en el carácter biológico que lo marcó desde su nacimiento, se ve sin embargo, desde esta perspectiva, como una forma de adaptarse al caos, a todo aquello que le rodeó; él parece repetir conductas que aprendió de algún modo, esto es: las afecciones orgánicas que marcaron su destino desde el nacimiento se mezclan con lo caótico de las relaciones afectivas que marcan su educación, puede decirse en este sentido que sus afecciones mentales devienen con una naturaleza distinta y que los nuevos síntomas sólo se pueden entender en la dimensión de las relaciones sociales, su tratamiento, por tanto, no exige medicamento sino orden afectivo.

²¹ Shatzman, M. *El asesinato del alma... Op. Cit.* Pp. 37

De a poco las jornadas de la infancia de Jesús le hicieron arraigar rencor, es posible que se haya resistido a concluir su odio en golpes pero seguro que no fue por mucho tiempo. Comenzó por ensimismarse como si se tratara de un último recurso: ante el alcoholismo de su abuelo y de la sinrazón de sus golpes; ante la negación que hace su madre de su persona que no le reconoce como un ser deseado, que le regaló la vida pero que no le dio el don de amor, que no aceptó ninguno de sus gesto de gratitud expresado en la satisfacción de verlo vivir; ante los conflictos de un entorno en donde la madre era repetidamente desvelada por reproches familiares²² y ante la lesión cerebral que le marcó su futuro, Jesús comienza a presentar fuertes errores de conducta. En un principio había violencia pero sólo era propia, "primero lloraba y se angustiaba mucho -dice la madre- después se pegaba así mismo".

Jesús se fue acostumbrando al medio social, fue creciendo y su enfermedad se fue desarrollando. Se podría decir incluso que a partir de esta época él bebía en un trago imaginario su ser, que la frustración moldeó su mirada y le robó su rastro humano. Murió, Jesús murió en la infancia y únicamente pudo renacer como un enfermo mental, bastó tan sólo un accidente para saberlo.

- De prepaciente a paciente crónico

En mil novecientos sesenta y nueve Dolores vuelve a creer en las promesas, se vuelve a enamorar e intenta crear un nuevo mundo de amor, pero el sueño sólo

²² La madre a este respecto expresa: "Yo aún vivía con mis padres y conforme se fue desarrollando la enfermedad era mucha la crueldad de mi padre, me pateaba, me pegaba, me trompeaba..."

le dura un par de meses, que le dejaron como efecto un nuevo embarazo. Por aquel entonces Jesús caminaba por la acera, con el ansia de huir de este mundo, a sus once años algo le decía: "¡Corre, corre, corre!" y él como fiel servidor de la autoridad incógnita corrió, se lanzó al vacío, pero sobrevivió con el recuerdo de haber sido arrollado por un automóvil. Tal accidente provocó que su cráneo quedara destrozado. A partir de este suceso se le estuvo tratando en neurología y se le diagnosticó la enfermedad que lo seguiría hasta la muerte: esquizofrenia paranoide progresiva.

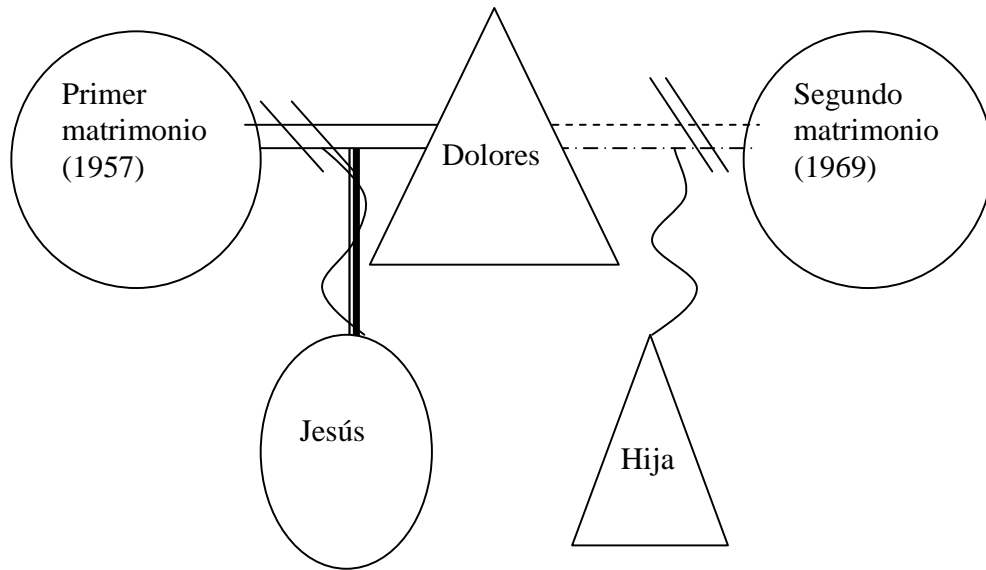
Los símbolos que intercambió un poco antes le valieron el rótulo de enfermo mental: no comía, no desayunaba, vagaba, se masturbaba, insultaba a su madre, hablaba con muchas majaderías, nada le parecía y aunque estas acciones pudieran entenderse bajo otro contexto como características de la personalidad adolescente, a los médicos del instituto de neurología les pareció que era el efecto de una patología biológica. Comenzó a ser controlado mediante medicamentos pero lo que él precisaba era afecto, quizá por ello el medicamento no surtió el efecto necesario y siguió manifestando problemas de conducta: "Rompía cosas, platos, vidrios". Se tuvo que recurrir a la mutilación de su ser, con dos lobotomías a los diez y seis años Jesús pago sus problemas de conducta.

Estuvo tranquilo (léase inconciente) algunos meses, e incapaz de tan siquiera poder ir al baño por sí mismo, desde aquel momento adquirió la necesidad de usar pañal. En esta segunda infancia el lazo con la madre devino en más efectivo, la madre expresa así éste renacer inevitable e insostenible como enfermo: "lo tuve que enseñar a conocer muchas cosas, empezó a hablar, a ver, se empezó a mover". Cuando Jesús fue recobrando poco a poco las

fuerzas lo primero que hace es golpear a su madre, varias veces quiso poner un límite mortífero a su existencia, él infirió que su malestar era por causa de ella: "Por tu culpa estoy así -le sentenció con reproche-, por tu culpa no soy feliz, por tu culpa no tengo pareja, por tu culpa no me puedo casar, por tu culpa no tengo novia y por tu culpa no puedo trabajar". Dolores acepta su responsabilidad, se angustia y llora y es de este modo como ha aprendido a querer a su hijo: con un sentimiento de ambivalencia pura, con un afecto de doble vínculo. Lo mira con malos ojos, aún desde antes de nacer, entre otras cosas porque la ha querido asesinar, pero sabe que lo tiene que querer, se siente responsable por su estado de salud, aún así sabe que Jesús le da cierto alivio a su vida, es la razón que la hace salir adelante, de hecho, ha sido la única persona con la que ha podido mantener una relación estrecha, aunque ésta sea conflictiva; a veces es tranquilo, juguetón, risueño, pero otras es agresivo, grosero o insensato en exceso; tiene conductas de alcohólico, de niño, de una persona que fue negada emocionalmente, está resentido.


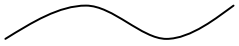

Este familiograma ilustra la relación que ha mantenido Dolores con sus seres allegados, como se muestra, todas ellas son conflictivas, a excepción de la que mantiene con Jesús, que es conflictiva pero cercana. (Ver tabla de simbología).

Familia y enfermedad mental: causas y manifestaciones sociales



Simbología		
	Hombre	
	Mujer	
	Matrimonio	
	Unión libre	
	Divorcio (D)	Separación (S)
	Vínculo filial (de padres a hijos)	
	Vínculo consanguíneo (entre hermanos)	
Relaciones afectivas		

Capítulo III. La familia trastornada: efectos de la convivencia con un enfermo mental

	Muy estrecha
	Conflictiva
	Muy estrecha, pero conflictiva

Conclusiones

Sin lugar a dudas que el proceso de transmisión de una enfermedad mental desde el grupo de procedencia no es algo sencillo de analizar, las interpretaciones son complejas y múltiples. Además está el problema sobre los prejuicios en los que se ve envuelta tal perspectiva que, ubican a estos argumentos no como una aportación con carácter científico sino apenas como una manifestación propia de las ideologías liberales o de izquierda acaecida en las décadas de años sesentas o setentas del siglo XX. Tal vez en el movimiento antipsiquiatra podríamos encontrar, de manera más clara, la conjunción de los descubrimientos sobre las “causas lejanas” que ponen especial énfasis en organización de la familia y la apuesta política por criticar y transformar la institución tanto aislar como familiar. Esta perspectiva política tan desprestigiada en la actualidad, tuvo en su movimiento la capacidad para movilizar la dinámica de los centros de salud mental: muchos hospitales cerraron o se vieron ante la necesidad de modificar su organización, y aunque hoy se le considere un movimiento desgastado o anacrónico, no se puede negar que el trato al paciente, a partir de estas aportaciones ideológicas con base científicas, se volvió más humanitario. Al mismo tiempo la autoridad del médico psiquiatra se vio tan cuestionada que su imagen se ve afectada incluso hasta en la actualidad, en donde, por más que traten de homologar su función a la de los médicos de cualquier otra especialidad no consiguen convencer del todo a la opinión pública y a ciertos sectores de la población, quizá porque se intuye que la enfermedad mental no es una manifestación meramente biológica. Aún así, la psiquiatría sigue respondiendo a una necesidad (la de contener a la enfermedad mental, sea por medio de medicamentos o por la disciplina propia de la institución), y por tanto es funcional. Por muchas observaciones que se haga a la concepción que tienen los médicos de la enfermedad mental, la mayor a puesta por el tratamiento y la rehabilitación del paciente es responsabilidad médica y legal de ellos, sobre todo para aquellos enfermos que presentan síntomas crónicos y no tienen la capacidad suficiente para presentarse en “el teatro de la vida cotidiana”.

Conclusiones

No sería un descubrimiento decir que la función (que responde a una necesidad), no tiene una correlación directa con la razón, a menos que se le considere a ésta en términos meramente utilitaristas. El hecho de que sea funcional no implica de ninguna manera que sea inmutablemente cierta, en este sentido se reconoce la necesidad de introducir, como se hizo en la presente investigación, con un capítulo dedicado a la concepción histórica y cultural en la que la enfermedad mental se ha visto envuelta, esto con la finalidad de enfatizar que la enfermedad mental es parte de un proceso histórico y cultural y, por tanto, la mirada médica está sumamente implicada.

El estudio de la realidad no ha sido sencillo para el pensamiento humano, para explicarla fielmente se requiere de la contemplación de una multiplicidad tanto de supuestos prácticos como de abstracciones. El pensamiento con tradición disciplinaria, inaugurado con la metodología cartesiana, ha postulado métodos específicos con un creciente grado de especialidad para acercarse a un objeto de la realidad. Es frecuente que muchos métodos y postulados se manifiesten de forma contradictoria, que la realidad, en tanto interpretación, no se presente con las mismas características para todos. En el abordaje de dicha realidad fáctica es difícil llegar a las mismas conclusiones aún bajo la misma tradición disciplinaria, cuanto más en disciplinas con una tradición histórica distinta, y sin embargo, la construcción de la realidad requiere la retroalimentación constante que sólo el proceso dialéctico sabe ofrecer. En diversos puntos de vista está la riqueza del abordaje de los objetos de estudio, esto es, cuando en el instante en que las diversas y contradictorias disciplinas entran en juego y son partícipes de una misma discusión surge el momento en que se pueden alcanzar nuevos descubrimientos, nuevos paradigmas explicativos que critiquen a los viejos y desgastados, que los superen o los enriquezcan. La dificultad en la síntesis de las contradicciones no es algo fácil de resolver, ya que surgen problemas e interrogantes sin referencia. ¿Hasta qué punto se pueden reconciliar, o incluso tolerar bajo un mismo modelo explicativo, una perspectiva de orientación biológica con una de naturaleza social, cuando pareciera que una excluye irremediablemente a la otra? ¿Cómo resolver lo caótico, las explicaciones

simplistas y las irracionales ante la pluralidad de construcciones discursivas y epistemológicas que resultan ser antagónicas? ¿Hay siquiera un punto de reconciliación? Sea que las respuestas sean positivas o negativas, el proceso de exposición promete ser complejo y arduo.

Pareciera que hoy en día el pensamiento de orientación multidisciplinario está invadiendo la formación académica universitaria, aún no hay modelos metodológicos establecidos del todo, aun se discuten muchas aporías, aún se trata de dar solución a preguntas que no tienen respuestas y aún no se han elaborado las preguntas esenciales. Sobre este punto, la enfermedad mental es algo que no hay que pasar por alto, es un problema que exige ser mirado desde distintas disciplinas y modelos explicativos, aunque la investigación se encuentre con grandes dificultades y problemas sin respuestas. La perspectiva multidisciplinaria bien puede apoyar a entender a los médicos su implicación sobre el diagnóstico, tanto histórico como contextual y personal, es una invitación a establecer un tratamiento con carácter autoreflexivo y estratégico para evitar así los reduccionismos, además de que enriquecería enormemente las diversas aristas que el paciente psiquiátrico presenta en sus síntomas y desbarataría la unidimensionalidad de la realidad, el muro entre la teoría y la práctica. La reducción del ser a su dimensión biológica sólo consigue fragmentar el problema, es necesario contemplar estos elementos sobre las “causas lejanas” de la enfermedad, aunque se reconoce que tal proceso sintético no es algo sencillo de llevar a cabo.

Por lo anterior, se destaca la imperiosa necesidad de deslindar el problema de la enfermedad mental como una manifestación exclusiva de un ser considerado un sistema orgánico cerrado y autosuficiente, en ella existe un todo que contempla múltiples factores que bien podrían ser abordados desde diversas disciplinas, como es el psicoanálisis, la sociología o la antropología. Desenfocar a la enfermedad mental de los componentes neurofisiológicos del cuerpo implicaría, al mismo tiempo, brindar la atención necesaria que requiere la familia del enfermo mental. Las problemáticas en que este grupo pone a la institución pueden ser considerados así como efecto de la misma dinámica de la enfermedad

representan, por decirlo de alguna manera, una manifestación del síntoma. Los abandonos son consecuencia de la misma enfermedad, pero también la coalición y las visitas constantes pueden ser leídas bajo esta misma concepción. Cada familia simboliza a la enfermedad de diferentes maneras y cada familia en su trato requiere de una atención personalizada, una escucha profesional y quizá hasta una desvinculación con el paciente.¹

Lo que ante todo en la presente investigación se pretendió abordar fue el funcionamiento del grupo familiar en la eclosión de los estados psicóticos del humano o de ciertas características y la naturaleza de tales estados “patológicos”. La necesidad de enfatizar en dicho análisis proviene de una visión de tipo “unidisciplinar” que inviste a la mirada médica, puesto que hay todo un entramado y una multiplicidad de factores que, a veces parece, ninguno de ellos es suficientemente determinante para considerarlo al nivel de la causa, no es sino en la conjunción de ellos en que parece devenir como un factor de tipo causal. El desarrollo de una enfermedad mental como fruto de la organización familiar implicaría necesariamente una mirada multidisciplinaria, es decir, un estudio desde la realidad misma de la familia: su historia, sus problemáticas actuales, su manera de organizarse espacialmente, la relación que guardan los miembros entre cada uno de ellos, lo cual incluye las formas de mirar, de hablar y de relacionarse

¹ Algunos ejemplos institucionales en donde se reconoce la necesidad de desvincular afectivamente a la familia con el paciente pueden ser, por citar algunos, el de la escuela experimental de Francia Bonneville-sur-Marne dirigida en la década de los 70's por la psicoanalista Maud Mannoni, en donde se decide romper todo vínculo con la familia de procedencia para así restablecer al paciente, pues dicha psicoanalista se percató que la familia incidía directamente en la estabilidad de los niños-pacientes, para una referencia completa véase Maud Mannoni, *La educación imposible*, México, siglo XXI, 1994. Un ejemplo más es expuesto por un grupo de terapeutas italianos adscritos al Centro para el Estudio de la Familia de Milán, en este grupo de trabajo consolidado en las décadas de los 80's y 90's y cuya influencia proviene directamente del grupo de Palo Alto, apuestan por una medida similar: se pretendía que los padres se deslindaran parcialmente de sus hijos con el fin de no provocarles estados psicóticos. El procedimiento era, más o menos, el siguiente: en una primer etapa se le pedía a los padres que durante el ocaso salieran del hogar con una frecuencia de dos o tres días por semana, el único requisito solicitado era que dejaran una nota en un lugar visible, como por ejemplo la mesa del comedor o el refrigerador, el lugar en donde pasarían el tiempo debía mantenerse en secreto, ninguno de los hijos, o incluso el mismo terapeuta, estaban obligados a enterarse a donde se iban los padres durante las tardes. Si los síntomas persistían las ausencias de los padres se volvían más frecuentes: todo un fin de semana o incluso un mes de ausencia. Con esta prescripción los autores narran las resistencias de la familia a acatar tal prescripción y mantenerse así como un sistema homeostático y la creciente autosuficiencia de los hijos, en especial la del paciente designado como psicótico, para una referencia completa véase Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscoso, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata en *Paradoja y contraparadoja*, Argentina, Paidós, 1988 y Mara Selvini, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Ana Maria Sorrentino en *Los juegos psicóticos de la familia*, Argentina, Paidós, 1990.

cotidianamente, la constitución biológica, genética, etcétera. En este sentido, se reconoce que la presente investigación queda muy limitada ante tales factores, que si bien fueron mencionados, no se profundizó lo suficiente, debido en gran parte a que el material recolectado fue insuficiente y aunque tal falta pudo ser parcialmente encubierta con un enfoque teórico, las preguntas que quedan sin resolver son bastantes, entre las que se destacan las siguientes: ¿Qué tipo de relaciones, específicamente, sustenta el grupo para que alguno de los hijos devenga en esquizofrénico, en paranoico o en catatónico, etcétera? ¿Qué tipo de juegos amorosos están estrechamente vinculadas para que las conductas de tipo psicótico recaigan sólo en uno de los hijos? ¿Podrá encontrarse una diferencia sustancial con la organización familiar de otros emergentes mentales, tales como suicidas, alcohólicos, drogadictos delincuentes o asesinos seriales? ¿Cuáles serían en tales casos los elementos comunes?

Bibliografía

- Andamios num. 2. *Trasdisciplina y pensamiento complejo: encuentros y desencuentros*, México, Colegio de Ciencias de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Junio 2005.
- Anderson, Carol; Riess, Douglas y Hogarty, Gerard [1989] *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de Psicoeducación*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1993.
- Basaglia, Franco. *Los crímenes de la paz*, México, Siglo XXI, 1979.
- Bateson, George. *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la comprensión del hombre*, Buenos Aires, ediciones Lohlé-Lumen. 1998.
- Bastide, Roger. [1965] *Sociología de las enfermedades mentales*, México, Siglo XXI, 1979.
- Becker, Howard. *Los extraños: Sociología de la desviación*, Argentina, Editorial tiempo contemporáneo, 1971.
- Berenstein, Isidoro. [1987] *Familia y enfermedad mental*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- [1991] *Psicoanálisis de la estructura familiar. El destino de la significación*, Paidós, Buenos Aires, 1991.
- Berger, Milton (Comp.) [1978] *Más allá del doble Vínculo. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos*, España, ediciones Paidós, 1993.
- Bertalanffy, Ludwing Von, *Teoría general de sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.

- Benoit, Jean Claude [1981] *Doble Vínculo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1985.
- Bettelheim, Bruno. *Fugitivos de la vida: la rehabilitación de niños perturbados emocionalmente*, España, Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Bleger, José [1967] *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*, Buenos Aires, Paidós, 1978.
- Braunstein, Nestor. *A medio siglo del malestar en la cultura*, México, Siglo XXI, 1989.
- Buckley, Walter. [1967] *La sociología y la moderna teoría de los sistemas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1993.
- Devereaux, George. *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI, 1991.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI Editores, 2003.
- [2003] *El poder psiquiátrico. Curso en el collège de France (1973-1974)*, Argentina, Fondo de Cultura económica, 2005.
- [1964] *Historia de la locura en la época clásica*, Vol. I y Vol. II México, Fondo de Cultura Económica, 2002.
- [1999] *Los anormales. Curso en el collège de France (1974-1975)*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002.
- Fromm-Reichman, Frida. *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniacos-depresivos*, Argentina, Editorial Paidós, 1981.
- Girard, René [1986] *El chivo expiatorio*, Barcelona, Anagrama. 2002.
- Godbout, Jaques T. [1992] *El espíritu del don*, México, Siglo XXI, 1997.
- Goffman, Erving. *Estigma: Identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 2001.

- *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 2003.
- [1967] *Ritual de interacción*, Argentina, tiempo contemporáneo, 1970.
- Gradillas, Vicente [1998] *La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*, Barcelona, Díaz de Santos, 1998.
- Gutiérrez Gómez Alfredo *La propuesta I: Edgar Morín, conocimiento e interdisciplina*, México, Ed. Universidad Iberoamericana, 2003.
- Guyotat, Jean [1991] *Estudios de antropología psiquiátrica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1994.
- Quiroga, Horacio. *Cuentos de amor, locura y muerte*, México, Editorial época, 1997.
- Laing, R. D. ;Esterson, A. [1964] *Cordura, locura y familia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.
- Laing, R. D.; Shatzman, M. *Critica de la familia y de la sociedad*, Buenos Aires, Cuervo, 1976.
- Laing, R. D. *El yo dividido*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984.
- Levi-Strauss, Claude. *Las estructuras elementales del parentesco*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- [1962] *El pensamiento salvaje*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.
- [1973] *Antropología estructura*. México, Siglo XXI. 2006.
- Mannoni, Maud [1967] *El niño, su enfermedad y los otros*, Buenos Aires, Nueva visión, 2004.
- [1970] *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, Siglo XXI, México, 2004.
- *La educación imposible*, México, Siglo XXI, 1994.

- Minkowski, Eugène [1927] *La Esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y esquizofrénicos*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.
- Pankow, Gisela [1977] *Estructura familiar y psicosis*, Argentina, Paidós, 1979.
- Parsons, T. Fromm, E. et. [1970] *La familia*, Barcelona, Ediciones península, 1978.
- Pichón - Rivière, Enrique. [1985] *Teoría del Vínculo*, Argentina, Nueva visión, 2002.
- Porter Roy [2002] *Breve historia de la locura*, España, Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Rotterdam, Erasmo de *Elogio de la locura*, México, Tomo, 2003.
- Roudinesco, Élisabeth. *La familia en desorden*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Schatzman, Morton. [1972] *El asesinato del alma: la persecución del niño en la familia autoritaria*, México, Siglo XXI editores, 2005.
- Schutz, Alfred. *El problema de la realidad social*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1992.
- Selvini, Mara y otros. *Paradoja y contraparadoja*, Argentina, Paidós, 1988.
- [1990]. *Los juegos psicóticos de la familia*, Argentina, Paidós, 1990.
- Szasz, Thomas. *Esquizofrenia: Símbolo sagrado de la psiquiatría*, México, Ediciones Coyoacán, 2002.