



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“Castillos en el aire: Un acercamiento a la construcción corporal
de una esquizofrenia”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Sheila Lara Olgún

Directora: Lic. Arcelia Lourdes Solís Flores
Dictaminadores: Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera
Lic. Irma Herrera Obregón



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE	
Índice.....	1
Resumen	4
Introducción.....	5
CAPÍTULO 1: DEFINICIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA	13
1.1 Antecedentes.....	17
1.2 Clasificaciones.....	19
1.3 Explicaciones.....	22
1.3.1 Modelo biológico	23
1.3.1.1 Teoría neurobioquímica.....	23
1.3.1.2 Teoría lesional	23
1.3.1.3 Teoría viral.....	24
1.3.1.4 Teoría genética.....	24
1.3.1.5 Teoría familiar	24
1.3.2 Modelo sociológico.....	25
1.3.2.1 Teoría social	25
1.3.2.2 Teoría según la ciudad	25
1.3.2.3 Teoría cultural.....	26
1.3.3 Modelo psicológico.....	26
1.3.3.1 Paradigma del procesamiento de la información	26
1.3.3.2 Teoría de la personalidad	26
1.3.3.3 Teoría de los estilos de afrontamiento	27
1.3.4 Modelo holístico	28
1.3.4.1 Síndrome Dian (esquizofrenia depresiva).....	28
1.3.4.2 Síndrome Kuang (esquizofrenia maniaca).....	28
1.4 Evaluación y diagnóstico	28
1.4.1 DSM	29
1.5 Tratamientos.....	30
1.5.1 Tratamiento psicofarmacéutico	30
1.5.2 Terapia Electroconvulsiva	33

1.5.3 Tratamiento psicológico e intervenciones psicosociales	33
1.5.3.1 Psicoterapia individual	33
1.5.3.2 Psicoterapia de grupo	34
1.5.3.3 Intervención familiar.....	35
1.5.3.4 Rehabilitación	35
CAPÍTULO 2: CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LO CORPORAL	37
2.1 Cultura occidental	37
2.2 Construcción social de lo corporal	41
2.2.1 El cuerpo como unidad.....	43
2.2.2. El cuerpo como producto del contexto histórico social	45
2.2.3 Relación órgano emoción.....	46
2.2.3 Ruta de construcción.....	52
CAPÍTULO 3: CONSTRUCCIÓN CORPORAL DE LA ESQUIZOFRENIA	56
3.1 Historia de vida	56
3.2 Metodología	56
3.2.1 Población	58
3.2.2 Escenario	58
3.2.3 Aparatos	59
3.2.4 Instrumentos	59
3.3 Procedimiento.....	59
3.4 Resultados y análisis	60
3.4.1 Descripción del contexto (casa)	62
3.4.2 Pobreza y carencias	62
3.4.3 Alimentación.....	64
3.4.4 Maltrato y abandono familiar	65
3.4.5 Familia rígida.....	68
3.4.5.1 Creencias sociales	69
3.4.5.2 Sexualidad	70
3.4.5.3 Relaciones de pareja conflictivas	71

3.4.6 Rechazo, incomprensión y falta de reconocimiento por parte de los padres	72
3.4.7 Posible búsqueda de otra persona por el maltrato y para satisfacer el rechazo y la falta de reconocimiento de los padres	77
3.4.8 Deseos y frustraciones	79
3.4.9 Evasión de situaciones difíciles	83
3.4.10 Afrontación de las situaciones difíciles	87
3.4.11 Emociones y sentimientos	89
3.4.11.1 Miedo	89
3.4.11.2 Ira o enojo	90
3.4.11.3 Rencor u odio	91
3.4.11.4 Concepción de la enfermedad.....	92
3.4.12 Padecimientos.....	94
REFLEXIONES	97
CONCLUSIONES	103
BIBLIOGRAFÍA	107

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es identificar, explicar y analizar el proceso de construcción corporal y somatización de la esquizofrenia a través de la historia de vida de los integrantes de una familia, la cual se caracteriza por estar conformada por tres personas que han sido diagnosticadas con esta enfermedad. En principio, se da una breve introducción a la esquizofrenia mediante la descripción de la misma, el origen de sus múltiples definiciones y el sinfín de explicaciones que se han venido dando a lo largo de los tiempos. Se citan principalmente los modelos más comunes en la época actual que han sido usados para explicar la enfermedad. A su vez, se habla de la forma en la que se diagnostica y se evalúa a los sujetos que presentan la enfermedad, abriendo paso a los estudios de laboratorio y a los instrumentos estandarizados que son los más usados. Se habla además de los tratamientos que se usan para menguar los principales síntomas que caracterizan a la enfermedad, entre los cuales encontramos los delirios que se controlan generalmente con medicamentos, criticados por sus efectos secundarios en los pacientes. A la par de este tipo de tratamiento con fármacos se abordan brevemente otros tratamientos cuya finalidad es controlar los síntomas, evitar las recaídas e integrar al paciente al medio social y familiar. Finalmente, se aborda la propuesta de la construcción social de lo corporal para poder ver al cuerpo como una unidad producto de la historia social y la relación órgano emoción, esto da pauta al abordaje del tema principal del presente que es la construcción corporal de la esquizofrenia, que se trata a fondo mediante el análisis de la historia de vida de cada uno de los integrantes de la familia. Para concluir se hace énfasis: en la importancia de la visión integral del ser humano dentro de la psicología para la atención a diversas enfermedades, en el desconocimiento de la enfermedad, en la ruta de construcción y en la autorregulación del ser humano.

Palabras clave: esquizofrenia, construcción corporal, historia de vida, relación órgano-emoción.

INTRODUCCIÓN

“La historia de cada hombre es esencial, eterna, divina, y cada hombre, mientras vive en alguna parte y cumple la voluntad de la naturaleza, es algo maravilloso y digno de toda atención.”

Hermann Hesse

Hoy en día son tema de interés los problemas de salud que aquejan a la humanidad esto ya que en poco tiempo han pasado de ser infecciosos a crónico degenerativos. Padecimientos como cardiopatías, apoplejías, cáncer en vías respiratorias, cáncer en sistema digestivo, cáncer de seno, hipertensión, diabetes y trastornos mentales; están en boga, son principales causas de mortandad y van en aumento en el mundo a la par de la criminalidad, la violencia, los accidentes, las adicciones, los suicidios, la depresión, los trastornos de comportamiento y otros actos que deterioran las relaciones humanas¹. Lo anterior a su vez se conjuga con una inflación desenfrenada, desempleo y una injusta repartición del capital resultado de un mal manejo de la economía mundial que tiene su base en las nuevas tecnologías que a su vez no solo ponen en riesgo a la población, sino también al medio ambiente por el uso desmesurado de los recursos naturales.

Así, podemos ver crisis en ámbitos políticos, ambientales, intelectuales, morales y espirituales del mismo modo que vemos afecciones a la salud, el sustento, la calidad del medio ambiente, la relación con los semejantes, la economía, la política, el manejo de la tecnología, entre otras cosas. Al parecer todo esto se agudiza, pero no puede ser comprendido pues es tratado de modo lineal o causal en base a una visión cartesiana limitada, lo anterior se evidencia por una percepción parcial de la realidad que es inadecuada para entender los principales problemas de nuestro tiempo. Se habla de una visión enmarcada en el reduccionismo, la generalización y el propio aislamiento de los fenómenos que no

¹ Para más información véase *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2015*, OMS, que contiene los datos más destacados sobre enfermedades no transmisibles, cobertura sanitaria nacional y cobertura del registro civil. Lo que nos da una idea de las tendencias y la situación en la que se encuentra la salud en el mundo.

permite examinar las necesidades; o bien, la evolución y el origen de los fenómenos.

La falta de flexibilidad en los modelos que se usan para resolver los problemas que afectan a la humanidad, justamente ha sido uno de los principales obstáculos en la resolución de los mismos; las soluciones dadas no resuelven los problemas y al contrario buscan una causa definida que solo puede facilitar un placebo. Con base en lo anterior observamos modelos anacrónicos e ineficientes que demandan un cambio, en especial porque no solo es nuestra sociedad la que se encuentra en crisis pues todas las sociedades —sin importar su ubicación o su desarrollo— se encuentran en este punto de decadencia. Esto significa que realmente no hemos solucionado las situaciones que aquejan al mundo, sino que solo hemos enmascarado o transfigurado aquello que transgrede a la vida.

El dualismo cartesiano y su determinismo causa- efecto, han ocasionado un problema que radica en el tratar de reducir la mente a las leyes elementales y desde entonces a pesar de que cada vez surge un modelo nuevo para explicar los eventos, sigue habiendo una predisposición que mantiene las bases del cartesianismo, tal es el caso del modelo newtoniano que en un principio pareció ser en su tiempo algo innovador por renovar las ideas de Descartes, pero al final siguió la misma tendencia al creer que todo sigue una trayectoria bien definida o unicausal. Básicamente, se habla de una visión poco compleja de los eventos que atraviesan a las personas y esencialmente de la visión que se tiene de todo lo que nos rodea, dando a entender que si esta visión fuese cierta estaríamos generalizando el sentido de muchas cosas y despreciando, de cierto modo, la complejidad y las múltiples variables que influyen en todo lo que ocurre dentro y fuera de nosotros.

Así pues, inclusive en la psicología desde los burdos conductistas hasta los excéntricos estructuralistas (v.g. psicoanálisis) usan aún este modelo causal-reduccionista basado en el determinismo. Por un lado los burdos conductistas, se centran en el simple comportamiento de la vida, reduciendo éste a una relación causa- efecto que trata de explicar la naturaleza de la mente como proceso oculto para generar conductas adecuadas. Y por el otro lado los estructuralistas, de

modo no muy diferente, buscan encontrar la función de la mente por medio de la introspección, creyendo nuevamente que cada desorden supone una relación causal relacionada con la psique.

Ante lo anterior, es de suma importancia señalar que a pesar de la similitud en la composición, no hay algún par de organismos idéntico en el mundo, habrá regularidades en el comportamiento de algunos organismos, pero la relación entre sus componentes no estará determinada de manera rígida o igual; contrario a esto, el organismo se organizará a sí mismo flexiblemente sin que esto dependa meramente del medio en el que está, sino que tal organización será mediada por relaciones dinámicas y se dará según la necesidad de mantener una armonía. Sin tener que hablar necesariamente de un equilibrio, se puede decir, que el organismo seguirá una tendencia a mantener la misma estructura general a pesar de los continuos cambios y sustituciones que tienen lugar en sus componentes. Dicho de otra manera, habrá una relación no lineal entre los aspectos micro y macro que componen al universo. En conclusión, esta nueva era requiere de transformaciones en nuestra sociedad y en nuestra cultura que descarten el modelo dualista y se centren en el ecológico para dar paso a la unión entre la fragmentación y lo holístico, lo macro y lo micro y con esto, hacer cambios en: la información, la educación, la salud, la economía, el crecimiento, la ecología profunda, etc.

Centrándonos particularmente en las enfermedades mentales, de acuerdo con el **Boletín N°. 5557** que presentó este año la cámara de diputados en México los trastornos mentales van en aumento. Se ha elevado el número de personas que padecen alguno de estos trastornos y a la par, la edad en la que aparecen los brotes va disminuyendo, ya que ahora son más los adolescentes los que comienzan a padecer esto, siendo que anteriormente la enfermedad se presentaba en personas de entre 20 y 35 años. El boletín presenta 3 motivos principales para tratar estos padecimientos y fortalecer el Sistema Nacional de Salud. Estos motivos son: que el INEGI ha registrado 43 mil 700 defunciones por trastornos mentales en el país, que uno de cada 4 mexicanos entre los 18 y los 65

años ha padecido una enfermedad de esta naturaleza y que solo el 2.5% de la población se encuentra bajo la supervisión de un especialista.

En los últimos años México ha pasado por cambios significativos en ámbitos políticos, ambientales, intelectuales y morales. La inseguridad ha ido en aumento y la economía y el trabajo han disminuido. No es de sorprenderse que en estos años las enfermedades mentales hayan aumentado pues, tan solo en nuestra sociedad nos vemos inmersos en situaciones de estrés y temor que nos pueden llevar a sufrir alguna alteración de tipo emocional, cognitiva o del comportamiento, que son los principales detonantes de este tipo de trastornos y de muchos otros también.

Reflexionando y haciendo conclusiones podría notarse que la sociedad mexicana al verse inmersa en la necesidad de producir un ingreso estable y en la falta de preparación para producir tal, se ve forzado para mantener el cuerpo sano, pero al evadir la naturaleza del cuerpo por mantener la armonía necesaria que ya había nombrado anteriormente, mantiene el cuerpo aparentemente sano, pero pagando el precio por tener una mente enferma.

No es necesario revisar las estadísticas que se llevan a cabo en el país (anteriormente citadas), basta con mirar a nuestro alrededor para ver que el número de obreros va en aumento, la falta de emprendimiento y la necesidad de trabajar en horarios forzados para obtener un ingreso que cubra las necesidades básicas de una familia ha provocado, de cierto modo que las personas que se encuentren bajo estas condiciones tengan que evitar en caer en alguna enfermedad física, no evadiendo así una enfermedad mental. Las fabricas no son capaces de pagar los días que el obrero no trabaja y el obrero no está preparado para vivir sin el ingreso que le generaría el faltar algunos días.

Si somos atentos a la historia del país, nos podremos dar cuenta de que esto ya se veía venir, la industrialización de los estados aledaños al distrito y la acumulación de la población en las zonas cercanas a las zonas industrializadas, primero dieron origen a enfermedades que afectaban algún órgano o a alguna parte del cuerpo, después comenzaron a aparecer en forma de enfermedades crónico degenerativas que no mostraban sus efectos hasta que ya era demasiado

tarde para sobrellevarlos y de alguna forma hoy en día debido a la necesidad y el deseo por generar un ingreso y mantener un capital estable, las enfermedades en los órganos comienzan a convertirse en enfermedades que no son tan aparentes, que son degenerativas y que no degradan el cuerpo, sino la mente.

La ansiedad o el miedo que genera el no tener lo que se requiere tan solo para cubrir las necesidades básicas de uno mismo o de los hijos, va mitificando estos problemas tan solo en la clase media- baja. Mientras que en la clase alta la inclinación por darle mayor importancia a lo material y el gran empeño en mantener cierto status, va enfermando la mente. Claro que entre estas dos clases sociales hay un punto de inflexión que es abordado por una psicóloga especialista en la terapia familiar; de este modo “Las cinco libertades de Virginia Satir” nos hablan de la propensión a sentir, pensar o decir lo que se debe en lugar de lo que se quiere, de ver y de oír lo que se espera que se vea en lugar de lo que hay, de pedir lo que se espera que se pida en lugar de lo que se quiere y de buscar una seguridad en lugar de correr riesgos, “Las cinco libertades” nos ponen a reflexionar sobre estos temas y nos muestran que se va generando en la persona un doble pensar que puede llegar a ser contradictorio; es decir, se va formando una mente dividida que curiosamente tiene que ver con el término esquizofrenia; *schizo* que significa “división” o “escisión” y *phrenos* que hace referencia a la mente.

Encontramos así, a la esquizofrenia que pareciera ser una de las enfermedades crónicas más controversiales y enigmáticas de nuestros tiempos. No hay a la fecha una forma certera de relacionar esta enfermedad con el daño a un órgano en específico, pues si bien se habla de un posible daño cerebral o de neurotransmisores producidos en mayor o menos cantidad, no hay modo de demostrarlo y por tanto no hay una forma completamente eficaz de menguar el problema; simplemente se habla, como en el mayor de los casos de enfermedades crónicas, de atenuar los síntomas sin ir directamente a la raíz del problema. Además de que a pesar de no ser una enfermedad muy común ha ido en aumento y produce fuertes consecuencias negativas en el entorno social, tanto para la persona que es clasificada en este ámbito, como la persona que se

relaciona con ésta. Por tal motivo, no es de sorprenderse que algunas veces una familia prefiera que le digan que su consanguíneo tiene un tumor, a que le digan que padece de esquizofrenia; dicho de este modo, prefieren saber la causa del mal, a vivir con el miedo de la incertidumbre.

Este miedo a la incertidumbre se relaciona con el modelo Cartesiano que da mayor importancia a la razón que a la intuición, que hace que la enfermedad solo pueda ser concebida de manera parcial. Podemos ver que la sociedad Mexicana atraviesa por momentos difíciles que se ven reflejados en la salud de los individuos, pero a pesar de las posibles variables que cito y de que hay una estrecha relación con el entorno y seguramente este repercute en la persona, no hay que perder de vista que la persona forma su enfermedad o su bienestar de una forma peculiar y se debe tomar en cuenta lo que construye al sujeto, que no tiene, sino es un cuerpo. Hago énfasis en esto último, pues debido a que algunas veces decimos que tenemos un cuerpo en lugar de decir o creer que somos un cuerpo, llegamos a ajustar el tratamiento de nuestras necesidades a esto; verbigracia, tengo una cabeza que me duele por tanto, tomo una pastilla que mitigue el dolor; en lugar de preguntarnos qué fue lo que produjo en mi tal dolor de cabeza. De aquí se desprenden algunas de las limitantes en la biología, la psicología o la medicina y el interés por tratar a estas personas con enfermedades mentales con placebos que solo aligeran o enmascaran los síntomas de la enfermedad.

Por eso la importancia del tema y la visión desde otro punto de vista que no solo observa al cuerpo o la mente por separado, sino el desarrollo de la persona con todas las particularidades que la engloban y los eventos que la atraviesan o bien que pueden generar cambios en ella. Estoy hablando de la construcción que plasmaré aquí, de la persona diagnosticada con esquizofrenia, de las enfermedades, las etapas de vida, la formación, el estado del cuerpo, la información, la sociedad, la época, la salud, la economía, etc; que hacen de la persona un ser esencial, eterno y divino, del mismo modo que la vida es esencial, eterna y divina.

A partir de lo anterior y enfocándonos en el tema de las enfermedades mentales, específicamente en la esquizofrenia, nuestro objetivo de trabajo es: Identificar, explicar y analizar el proceso de construcción corporal y somatización de la esquizofrenia a través de la historia de vida de los integrantes de una familia, la cual se caracteriza por estar conformada por tres personas que han sido diagnosticadas con esta enfermedad, para abordar dicho objetivo se desarrollaron 3 capítulos que permiten familiarizarse con la enfermedad para después dar pauta a la ruta de construcción específica en cada uno de los entrevistados.

Primeramente, en el Capítulo 1, se hace una breve introducción a la esquizofrenia mediante la descripción de la misma, el origen de sus múltiples definiciones y el sinfín de explicaciones que se han venido dando a lo largo de los tiempos. Se citan principalmente los modelos más comunes en la época actual que han sido usados para explicar la enfermedad como lo son: el modelo biológico, el modelo sociológico, el modelo psicológico y el modelo holístico. A su vez, se habla de los polémicos y diversos medios que se tienen para diagnosticar y se evaluar a los sujetos que presentan la enfermedad, abriendo paso a los estudios de laboratorio y a los instrumentos estandarizados que son los más usados. Se habla además de los tratamientos que se usan para menguar los principales síntomas que caracterizan a la enfermedad, síntomas como los delirios que se controlan generalmente con medicamentos criticados por sus efectos secundarios en los pacientes. A la par de este tipo de tratamiento con fármacos se abordan brevemente otros tratamientos cuya finalidad es controlar los síntomas, evitar las recaídas e integrar al paciente al medio social y familiar.

Más adelante, en el Capítulo 2, se aborda la propuesta de la construcción social de lo corporal para poder ver al cuerpo como una unidad producto de la historia social y la relación órgano emoción, nos referimos a la diferencia en la concepción del ser humano entre la cultura occidental y oriental, al cartesianismo y a la forma en la que el ser humano se apropia de una enfermedad, pero además nos referimos a la forma en la que cada persona construye sus padecimientos y dolencias. Una vez que se tiene conocimiento de la forma en la que el ser

humano construye sus padecimientos y dolencias, en el Capítulo 3, se comienza a hablar del caso a tratar en específico, se plantea una metodología, un procedimiento y un análisis para dar seguimiento y poder lograr los objetivos.

Finalmente, se reflexiona sobre la construcción corporal de la esquizofrenia en cada uno de los pacientes, se hace una propuesta para continuar la investigación y se habla de los aportes personales y académicos de este proyecto a la vida diaria.

DEFINICIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

*“Los neuróticos imaginan los castillos,
los esquizofrénicos se van a vivir en
ellos y los sociópatas cobran la renta”
Anónimo.*

Es bien sabido que el ser humano tiene la capacidad de crear un mundo irreal para sí; un imaginario que representa, sin lugar a dudas, algunos de sus deseos o más grandes miedos. Existen infinidad de explicaciones para saber de este imaginario; sin embargo, ninguna respuesta es clara y mucho menos certera, sobre todo ya que no hay forma alguna de representar fielmente ese mundo fuera de la propia mente de la persona. En este sentido, algunos autores (Kingdon y Turkington, 1994) hablan de la presencia de experiencias ilusorias en la población que se encuentra bajo condiciones de tensión, privación sensorial, privación de sueño, experiencias traumáticas, etc. Gran parte de las personas logran superar este tipo de experiencias o bien, saben que aquel imaginario es irreal y que difícilmente se puede cruzar la línea entre la realidad y la ficción; es decir, que difícilmente se puede vivir una vida ficticia; no obstante, existe una peculiar parte de la población que es capaz de vivir en aquella frontera imaginaria sin ser completamente consciente de eso. La llamada mente dividida de esta población se caracteriza por su habilidad para permanecer en ambos mundos a la vez, el ficticio y el real, por un largo periodo de tiempo; viviendo una vida ficticia como si esta fuese real, viviendo en castillos imaginarios. Esta mente escindida da cuenta de las particularidades del comportamiento de las personas que se encuentran sumergidas en la clasificación de esquizofrénicos.

Ahora bien, así como los momentos de tensión pueden surgir repentinamente, así también surge la esquizofrenia en algunos de los pacientes. Ésta se presenta a veces sin algún indicador previo y llega a cambiar la vida de la persona de manera radical. En suma, las causas generales de la esquizofrenia aún son desconocidas por lo cual no se puede valorar como un diagnóstico y en

su lugar es valorada como una clasificación. La esquizofrenia, que es un tipo de psicosis puede ser clasificada en varias categorías dependiendo del instrumento que se emplee para ser validada. En relación con esto encontramos uno de los instrumentos más comunes para detectar la esquizofrenia, que es el DSM en sus versiones IV, V y VI, que se encarga de detectar trastornos mentales agrupando criterios para atribuir un diagnóstico. Con ninguna enfermedad se había observado un despliegue tan grande de esfuerzos científicos por hacer una descripción o una clasificación; por tanto, pese a que se sabe que el padecer esta enfermedad significa no pertenecer a la norma y sin importar la enorme cantidad de artículos teóricos y experimentales que se han hecho desde hace casi 90 años; no se han llegado a establecer parámetros universales que puedan ser usados para describir, entender y estudiar la esquizofrenia.

La esquizofrenia, que vulgarmente se conoce como locura, implica una destrucción de la personalidad, alteraciones en el funcionamiento del cerebro y en el funcionamiento de: el pensamiento, las emociones, el comportamiento observable, la toma de decisiones, la comunicación con los demás, etc. (Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez; 2001); por lo que cualquier persona que lleve la carga de este diagnóstico, lleva sobre sus hombros un peso que puede representar un baldón para la familia o bien, un cúmulo de miedo e incertidumbre que se verá reflejado en la forma en la que se trata a la persona con dicho diagnóstico y/o la forma en que esta persona se desarrolla en diferentes contextos.

Este grupo de personas que tienen una pérdida de contacto con la realidad, presentan un comportamiento incomprensible para los otros pues éste es muy diferente a la forma de ser de una persona normal. Como muestra de esto están algunos rasgos particulares presentes en las personas con este trastorno y que tienen que ver, a su vez, con la forma en que estas personas se relacionan con su propio medio. Estos rasgos fueron definidos en 1985 por Andreasen para dar a conocer las diferencias en la personalidad y la falta de algunos aspectos que están comúnmente presentes en las personas normales. Tales rasgos siguen

siendo considerados actualmente al momento de plantear un diagnóstico y se dividen en positivos y negativos; por un lado los negativos se refieren a una falta, mientras que los positivos son los que están presentes solo en esta parte de la población. Asimismo, se cree que los síntomas positivos reflejan una anomalía en el sistema dopaminérgico y que los síntomas negativos están asociados a un deterioro cognitivo (Frith, 1995).

Con los rasgos negativos, que se dan a notar cuando el individuo se desenvuelve en el medio social; generalmente es posible describir al esquizoide como una persona con una decadente expresión facial y una falta de movimientos espontáneos muy notoria que se suma a la ausencia del cambio de voz en diversas situaciones, pues si bien una persona común se apoya en las inflexiones verbales y el lenguaje corporal para dar a conocer su sentir; el esquizoide con su marcada falta de respuesta afectiva no es capaz de mostrar dicho juicio. De la misma forma el esquizoide manifiesta un poco cuidado personal, una falta de persistencia en el trabajo y una falta de energía que podría relacionarse a su vez con su falta de interés por la diversión y las relaciones interpersonales. Lo anterior, puede verse listado expresamente en las cuatro “aes” dictadas por Andreasen, que son: Aplanamiento o embotamiento de la afectividad (atimia), Alogia, Avolición- apatía (abulia) y anhedonia- asociabilidad.

Como se puede ver, la forma de ser del esquizoide es usualmente diferente a la forma de ser de una persona normal; existen, como anteriormente mencionaba, algunas peculiaridades en su comportamiento que lo distinguen y que difícilmente se encuentran en el común de la sociedad. Con esto me refiero a los signos positivos que se describen mayormente en el DSM-V y que son: delirios, alucinaciones, incoherencia, comportamiento catatónico, afecto plano o manifiestamente inadecuado, inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento, pensamientos dichos en voz alta/ eco del pensamiento, robo del pensamiento, alucinaciones auditivas en tercera persona, alucinaciones auditivas en segunda persona, delirios de control, delirios de referencia y/o delirios paranoides.

Después de todo, la esquizofrenia se caracteriza por un cúmulo de signos y síntomas específicos; sin embargo, estos síntomas o signos pueden ser encontrados también en algunas otras afecciones como las psicosis afectivas, depresión, Parkinson, entre otras (Wolfe, Katz y Albert, 1990). De hecho es necesario decir que algunos pacientes diagnosticados con esquizofrenia en función de los síntomas positivos, después desarrollan síntomas negativos y dejan de presentar los primeros. En estos casos se dice que los pacientes están “recuperados” o que tienen “esquizofrenia residual”. El tipo residual supone pues un solo episodio de delirios o alucinaciones y otros signos positivos, pero especialmente evidencia una serie de síntomas negativos que se mantienen por tiempo indefinido en el paciente. A pesar de lo anterior, por sí mismas, las características negativas no son suficientes para dar este diagnóstico ya que esto puede significar la presencia de otro tipo de afección.

Generalmente se habla de un humor iracundo rígido en el esquizoide, que se debe a que ellos adoptan una sola doctrina racional aplicada en sí mismos y a los demás de forma rígida sin admitir ninguna excepción; las diferencias individuales son difícilmente identificadas por ellos, es por eso que siempre se observa en ellos un sacrificio al aceptar una idea, por ello se muestran fríos e imperturbables, en presencia de la debilidad de los demás. Para Minowski (1933), el temperamento es una manera particular de caracterizar tipos de comportamiento asociados con la esquizofrenia, esto además del carácter y la constitución del ser.

Algunos autores señalan que no es fácil para los esquizofrénicos develar una idea, ya que el pensamiento caótico que los caracteriza deviene a formar concepciones ambiguas, así pues, el cómo se expresan tiene que ver, también con el cómo nosotros entendemos su realidad. Al presentar este padecimiento las personas presentarán una serie de perturbaciones al tratar de expresar su lenguaje, para esto 5 perturbaciones básicas del lenguaje esquizofrénico son adoptadas por Piro (1987): alteraciones en la conducta verbal, alteraciones de

estilo, alteraciones fonéticas, articulatorias y verbo-estructurales, alteraciones gramáticas y sintácticas, y alteraciones exclusivas del significado.

En resumen, desde una percepción teórica científica, la esquizofrenia dependerá de la presencia de signos positivos y negativos en una persona, sea que haya características positivas muy evidentes o sutiles, pero teniendo en cuenta que estén acompañadas de signos negativos. Esto pues los signos positivos comúnmente son más evidentes en las primeras etapas de la enfermedad, pero se atenúan en el transcurso de dos a cinco años después de la primera crisis, donde será posible o no que se sigan presentando episodios graves de síntomas raros (Frith, 1995).

1.1 Antecedentes

Es muy probable que desde periodos primitivos existiera esta enfermedad; sin embargo, también es posible que los trastornos fueran considerados como infligidos por los dioses, en una especie de posesión por un ente maligno o benigno. Estos fenómenos se veían en todo el mundo, desde los comportamientos maníacos de Saúl y la posesión de una princesa en Egipto en el siglo XII a. C., hasta la antigua Grecia y las personas privadas de razón por divinidades demoniacas. A algunos "locos", a causa de su delirio se les atribuían poderes mágicos y ofrecían oráculos o profetizaban el futuro, tal como Nostradamus.

Hipócrates, en el 460 a.C., ya trataba de hacer distinciones entre lo que él llamaba *frenetis*, que sería probablemente el delirio agudo, la manía, el delirio violento, la melancolía y lo que él llamaba el mal sagrado y la epilepsia. Hipócrates, con sus investigaciones, reconoció parte de la naturaleza patológica de la locura y combatió las practicas médico religiosas con purgantes, vomitivos, dieta, sangrías, ejercicio físico, infusiones de eléboro y de mandrágora.

Durante el curso del periodo greco- romano, Celso, Aratea, Galiano, etc., distinguieron las formas agudas de las crónicas, separando el delirio febril, del resto e insistió sobre todo en los trastornos de las funciones orgánicas que

acompañan la melancolía. Después Galeno cincuenta años después de Cristo recae en la confusión y no es hasta la Edad Media que se retoma la creencia en los demonios y la superstición, lo que anuncia brujería, demonopatía, licantropía y la posesión demoniaca. Es hasta después del Renacimiento que los médicos rechazan los prejuicios de los siglos precedentes y observan a los enfermos.

En general, la *locura* o la *Esquizofrenia* es un concepto cargado de historia, enigmas y metáforas que se produjeron desde épocas antiguas hasta un tratado un poco más formal en el año de 1850. Desde sus inicios y debido a la indeterminación, esta enfermedad ha sido nombrada de distintas maneras. El primero en designar nombre a esta enfermedad fue Morel (1850) cuando introdujo el término de *demencia precoz*, después le sucedió Benton (1854) con *estupidez adquirida*, Hecker (1871) con *hebefrenia*, Kahlbaum (1874 y 1884) con *catatonía e heboidofrenia*, Berze (1914) con *hipotonía de la conciencia*, Stransky (1912) con *ataxia intrapsíquica* y por último Bleuler (1911), quién acuñó el término *esquizofrenia*.

En 1896 Kraepelin reitera el término *demencia precoz* introducido por Morel y éste se retoma hasta hoy en día como base para llegar a la conceptualización del mismo trastorno. Kraepelin se dedicó a dividir las psicosis en dos clases; las psicosis orgánicas y las psicosis funcionales. Por un lado, las psicosis orgánicas se relacionan con algún daño biológico que afecta el funcionamiento del cerebro, verbigracia, el Alzheimer, en donde se ven dañadas las células cerebrales; y por otro lado se encuentran las psicosis funcionales, donde se halla la demencia precoz y que, como su nombre lo indica, sugieren un daño en la función mental del individuo que no presenta un daño biológico. A la vez, Kraepelin distinguía la demencia precoz de la psicosis maníaco- depresiva; conforme a esto la demencia precoz no mostraba recuperación y se agravaba con el paso del tiempo, mientras que los pacientes con psicosis maníaco depresiva podían mostrar periodos de enfermedad y periodos de normalidad. De este modo, con la intención de entender la base psicológica de la demencia precoz enunciada por Kraepelin, Bleuler expone el término *esquizofrenia* para enfatizar la escisión de

las facultades mentales y es así como en 1980 convergen ambos criterios para la creación del DSM- III y ediciones posteriores (Rodríguez, 2004).

1.2 Clasificaciones

No solo el nombrar la enfermedad ha sido un conflicto, pues también el tratar de clasificar las diversas manifestaciones ha traído fuertes dificultades a los investigadores, psicólogos y médicos. Al pasar del tiempo se han venido dando diversas clasificaciones, empezando con Kraepelin, quien en 1899, separa la demencia precoz en: hebefrenia y catatonía y Krestemer quien hace una diferenciación entre el término esquizoide, esquizótemico normal y esquizofrénico. Existe, por otro lado, la clasificación que hace la teoría de los tres tercios (Talbot, 1994) donde se habla de 3 tipos de esquizofrenia, que son: la remisión momentánea y fluctuante, la remisión total y la cronificación total; como su nombre lo señala la primera nos habla de casos de esquizofrenia momentáneos, la segunda de casos que se remiten totalmente a hospitales y la tercera nos habla de un tipo de delirio o locura que es inherente al sujeto. Por su parte, para Minkowski (2000) la esquizofrenia supone dos temperamentos básicos que son: uno sintónico, siempre en armonía dinámica con el entorno y el otro esquizoide, de los sujetos con contacto difícil, en cierta manera, reservados propensos a ensoñaciones en estado de vigilia.

A consecuencia de los trabajos de Minkowski, se hablará también de un tercer tipo de carácter denominado epileptóide, marcado por la adhesividad, la viscosidad del pensamiento y la susceptibilidad a reacciones explosivas. Éste carácter no será ni un proceso hipotético de una decadencia psicológica, ni una malformación genética.

Otra de las clasificaciones que causaron gran revuelo en su tiempo por su gran contenido, desarrollo y contenido; fue la hecha por Leonhard en colaboración con Kleist. La *Figura 1*, muestra el resumen de la aproximación realizada por ellos (Martínez, 1996):

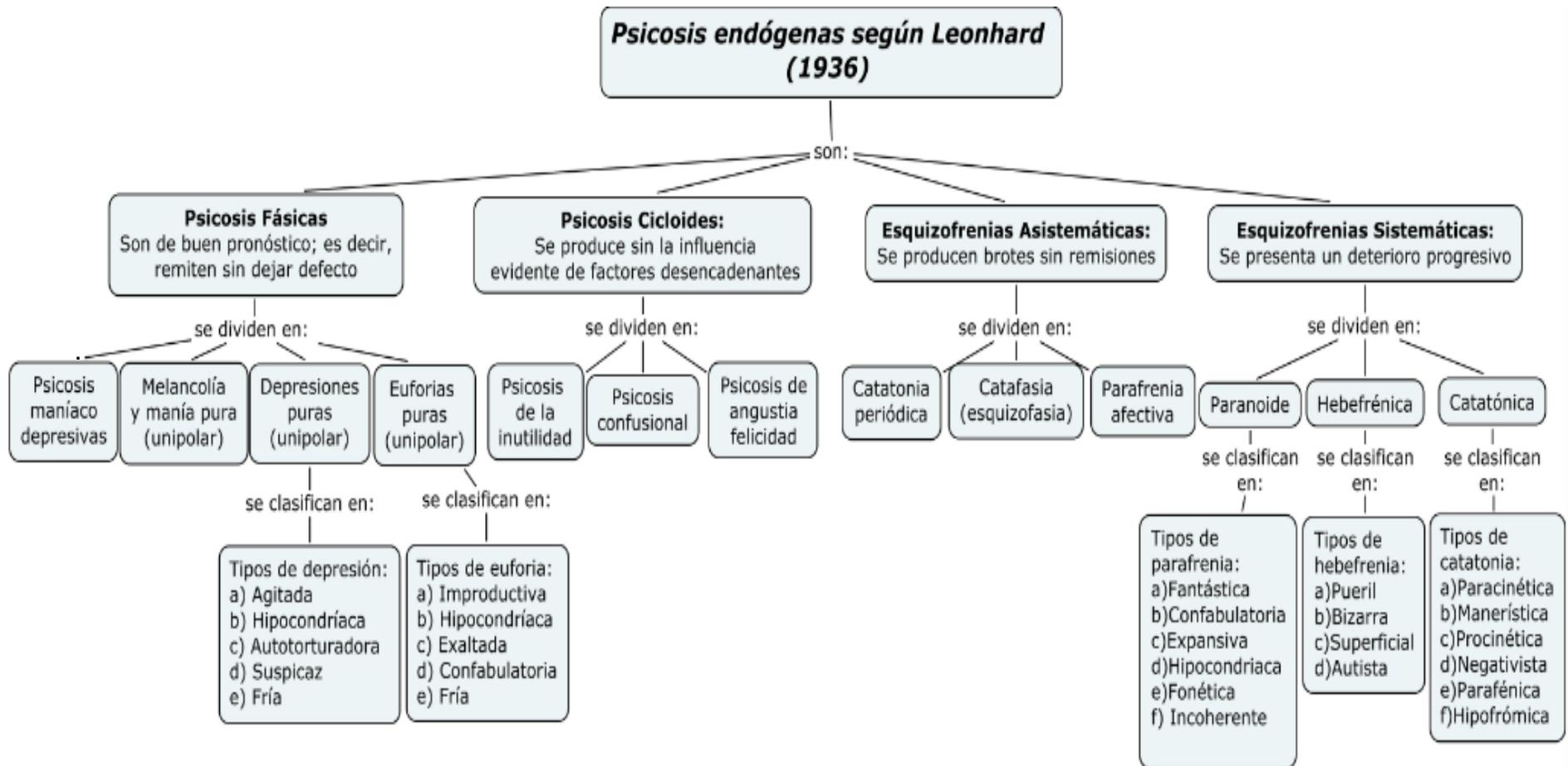


Figura 1: Psicosis Endógenas según Leonhard en 1936, muestra el gran esfuerzo de Leonhard por definir la esquizofrenia



Figura 2: Subtipos de esquizofrenia establecidos por el DSM V y aceptados por la Organización Mundial de la Salud (DSM- V, 2013)

Como se puede ver, hay una tendencia por dividir el agravio en la sintomatología de cada individuo y el problema de las clasificaciones radica en la falta de limitaciones ante la conceptualización, la multiplicidad de factores etiológicos y la abundancia de mecanismos psicopatológicos que engloba este trastorno, por ello no puedo decir más que es un conglomerado de múltiples desordenes que se caracterizan por presentar signos de algunos de los síntomas señalados a lo largo del texto.

1.3 Explicaciones

Desde los factores más globales o macro que influyen en la construcción de una esquizofrenia, hasta las dimensiones más específicas o micro, se ha tratado de explicar el génesis de la enfermedad. Debido a que la mayor parte de las enfermedades tienen un solo agente que afecta regularmente a alguno de los órganos y se tiene una etiología específica, gran parte de los investigadores enfocaron el estudio de la esquizofrenia con un criterio simplista, buscando una madre que rechaza o un gen específico. En la mayoría de las explicaciones lamentablemente, al ser humano se le concede el papel de huésped de una enfermedad y todas sus complejidades son ignoradas o tratadas como particularidades. Esta tendencia ha llevado a los investigadores a buscar el hilo negro, sin tomar en cuenta que es la madeja entera la que se debe tratar. La ambigüedad que hay entre una concepción biológica cerebral; que incluye nociones neuroquímicas, genéticas, lesionales, hormonales o virales, y una concepción moral de razones psicológicas y subjetivas que van desde presiones sociales hasta estados de mistificación de un estado capitalista; han creado gran confusión en cuanto a la percepción de esta enfermedad y un vago e ineficaz tratamiento.

A continuación se presentan brevemente algunas de las teorías que buscan explicar la raíz de esta enfermedad y el desglose de esta enfermedad.

1.3.1 Modelo biológico

En este modelo se agrupan diversas teorías que se relacionan con un origen biológico que parte de la idea de que la enfermedad es tangible y observable según las funciones fisiológicas del ser humano. Muchas de estas teorías han sido expuestas por científicos y médicos que se rigen por la norma de las ciencias exactas. Este modelo se basa principalmente en la parte física del ser humano.

1.3.1.1 Teoría neurobioquímica

Presupone un trastorno o alteración enzimática que, como consecuencia, produce un error metabólico en la transmisión nerviosa, predisponiendo supuestamente al individuo a desarrollar un trastorno esquizofrénico. Los neurotransmisores que han recibido más atención dentro de este modelo son la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Siendo que la idea central de este modelo es que existe un exceso de dopamina en el esquizofrénico que es responsable de los síntomas que comúnmente se observan (Meltzer, 1985). Este modelo no muestra una relación directa entre los neurotransmisores y la esquizofrenia debido a las irregularidades en la verificación y hallazgos (Magaro, 1988).

1.3.1.2 Teoría lesional

La esquizofrenia, de acuerdo con este modelo, está relacionada con un trastorno sistémico que se hallara a nivel anatómico o fisiológico en el sistema nervioso central. Podría tratarse de una separación anormal entre los dos hemisferios cerebrales que deshabilitaría la funcionalidad real de estos, un tamaño irregular en el hipocampo y temporal, un aumento de los ganglios basales, flujos sanguíneos anormales y una posible alteración de la glucosa en la corteza prefrontal cerebral (APA, 1995; Buchsbaum y Haier, 1987).

1.3.1.3 Teoría viral

Se trata de un supuesto virus en el líquido céfalo raquídeo en pacientes esquizofrénicos que conlleva a modificaciones conductuales y alteraciones fetales. Esta teoría se fundamenta en un patrón anómalo de concepción de los esquizofrénicos (poco probable) o por algún factor estacional causante de una lesión fetal o perinatal que incrementa el riesgo de la esquizofrenia; entre estos factores estacionales estarían los virus, por la prevalencia de infecciones virales durante este periodo (Hope- Simpson, 1981). A pesar de las investigaciones realizadas para comprobar esta teoría, hoy se sabe que los primeros casos eran diagnosticados erróneamente o habían adquirido la enfermedad al contactar con la sociedad occidental (Hare, 1989).

1.3.1.4 Teoría genética

La idea central de este modelo, es que aquellos sujetos que adquieran por transmisión genética, el fenotipo esquizotáxico, llevan el potencial de un posterior brote esquizofrénico. De acuerdo con Meehl estos factores que interaccionan con la base esquizotáxica, serían aquellos más bien relacionados al temperamento, las condiciones tempranas de vida, el aprendizaje social y trastornos de desarrollo. Sólo así podría explicarse, porque el hecho de que una persona posea un nivel alto de esquizotaxia no significa que desarrollará el síndrome. A pesar del tiempo transcurrido desde su presentación, este modelo aún se encuentra en proceso de revisión y corroboración (Lenzenweger, 2006)

1.3.1.5 Teoría familiar

Esta teoría está relacionada con la genética y ha podido constatar que el riesgo de padecer esquizofrenia es mayor entre los miembros de la familia de un paciente esquizofrénico en relación con la población en general (Gottesman y Shields, 1982). Dentro de sus explicaciones se encuentra que cuanto más cercano sea el parentesco, mayor será el número de genes compartidos y más elevado el riesgo de padecer esta enfermedad. Así, en los familiares esquizofrénicos hay un exceso no solo de esquizofrenia, sino también de

fenotipos límite, los cuales aunque no cumplen por completo con los criterios de esquizofrenia, son reconocidos como diferentes de la normalidad (Gottesman, 1987).

1.3.2 Modelo sociológico

Cualquiera de las teorías que se encuentran de esta clasificación, parten de la idea de que existen una serie de variables externas que participan en la aparición de la enfermedad en una persona particular. Las variables pueden ir desde una falta de estimulación, situaciones estresantes y relaciones interpersonales, hasta ser solo un estigma mediado por el entorno. Este modelo trata principalmente variables externas al individuo.

1.3.2.1 Teoría social

Los valores culturales, la clase socio-económica, la organización familiar, etc., son variables determinantes que pueden ejercer cambios en el individuo y determinar su comportamiento en determinada dirección, para Zubin y Spring (1977), estas fuerzas sociales o variables anteriormente señaladas determinan un tipo y nivel psicopatológico. Así pues, se ha relacionado a la enfermedad con una condición económica; dando lugar a una mayor prevalencia en clases desfavorecidas en las cuales se incluyen: los obreros que deben cumplir con un papel productivo (Kreisman, 1988), los sectores bajos que sufren escases de dinero (Mylath, 1989) y los indigentes (Susser, 1984).

1.3.2.2 Teoría según la ciudad

En el centro de las ciudades se ubican aspectos históricos, simbólicos, tradicionales, festivos y políticos, por lo cual hay una mayor prevalencia también de individuos con esquizofrenia. Según esta teoría, el centro de las ciudades produce factores ambientales que impactan la morbilidad, o procesos como la pobreza y la desorganización social. Esta teoría no es del todo fundamentada, sobre todo, porque algunos casos de personas con esquizofrenia huyen a esta parte por su tendencia al retraimiento.

1.3.2.3 Teoría cultural

Esta teoría que abarca aspectos familiares, sociales e históricos y señala que la locura es una construcción social de la cultura y la época; en relación con esto Foucault(1916) dice: “ *La folie n’ existe que dans une société*”. Sobre esa base, la esquizofrenia es una representación y una construcción social, pues dependerá de la cultura y la explicación que esta le dé. Parte de que todo es social y cultural porque es tamizado por el lenguaje y nuestros hábitos culturales de conocimiento. En este punto, Karno (1987), hace una diferenciación entre la emoción que expresan los mexicanos y los angloamericanos, siendo que se da un mayor número de recaídas en los mexicanos por el grado de hostilidad o sobre- involucramiento familiar.

1.3.3 Modelo psicológico

En este modelo encontramos variables que se relacionan con la personalidad del paciente, las variables cognitivas y la solución de problemas que requiere de habilidades para el afrontamiento de diversas situaciones. Éste estudia procesos internos del individuo.

1.3.3.1 Paradigma del procesamiento de la información

En este se dice que existe una deficiencia marcada en el procesamiento de la información debida a un déficit cognitivo, una falta de respuesta inmediata a variables externas y de atención, por consiguiente los sujetos no son capaces de adaptarse, responder o de reaccionar a eventos nuevos (Aldaz y Vázquez, 1996).

1.3.3.2 Teoría de la personalidad

Señala que las personas con esquizofrenia presentan ciertos rasgos que los caracterizan del resto de la población desde que son pequeños, entre estos rasgos está la mísera capacidad de los individuos para enfrentarse a situaciones en las que deberían mostrar un esfuerzo personal. Según esta teoría, las personas con esta enfermedad ya presentan rasgos esquizotípicos que se

relacionan con los síntomas negativos, desde edades muy tempranas (Cañamares, Castejón, Florit, González, Hernández y Rodríguez, 2001).

1.3.3.3 Teoría de los estilos de afrontamiento

La solución de problemas y la asertividad se retoman en esta teoría como dos conceptos diferentes, el primero habla de un afrontamiento activo, mientras que el segundo habla de un afrontamiento pasivo. En este sentido, se dice que las personas que se incluyen en este diagnóstico creen no poder llevar a cabo ningún tipo de afrontamiento y prefieren recurrir a escape o evitación de la situación en curso, lo cual les puede generar, en el peor de los casos, una crisis esquizofrénica (Bröker, Brenner y Würigler, 1989).

1.3.4 Modelo holístico

Existe una forma de plantear la “locura” en términos de la Medicina Tradicional China que se guía por una visión holística basada en términos del micro y macro cosmos; se habla de energía, de leyes naturales, manifestaciones terrestres (físicas) o celestes (espirituales) siendo indisociables e integradas en un todo por mecanismos de equilibrio y desequilibrio entre el Ying o el Yang o las descomposiciones de los ciclos interactivos del Sheng y Ke de las 5 fases. Esta teoría plantea que el modo en que el hombre se desarrolla en su vida diaria dará cuenta de la forma en que éste se dirija en todos los sentidos y que se puede manifestar en una serie de síntomas psicósomáticos que buscan alcanzar un equilibrio en la persona.

Comparando este modelo con los anteriores podemos encontrar dos vertientes para definir la locura, por un lado una esquizofrenia maniaca denominada como síndrome Diang y por otro lado una esquizofrenia depresiva llamada síndrome Kuang

1.3.4.1 Síndrome Dian (esquizofrenia depresiva)

Habla de una anormalidad tanto mental como psicológica que se ve manifestada en diversos síntomas como: silencio, idiotez, frases incoherentes,

comportamiento incoherente, quietud o excesiva alegría. El origen de estos síntomas se ve plasmado en la historia de la persona donde hay una no alegría originada por una serie de deseos frustrados que no pudieron ser satisfechos y que generan un desequilibrio en el Ying perturbando principalmente el corazón.

1.3.4.2 Síndrome Kuang (esquizofrenia maniaca)

Al igual que el síndrome Dian, el síndrome Kuang habla de una anormalidad psicológica manifestada en síntomas como: deseos de matar, prepotencia, agresividad y/o constantes insultos hacia terceros. El origen de estos síntomas, a diferencia de la esquizofrenia depresiva, se ven plasmados en una ira e inquietud debido a que la persona a lo largo de su vida acumula un sentimiento de ira constante, lo cual desde esta perspectiva, se traduce como una acumulación de flama y fuego que generan un desequilibrio en el Yang perturbando principalmente el hígado de la persona y generando así algo que llamamos esquizofrenia maniaca.

1.4 Evaluación y diagnóstico

El establecimiento de un diagnóstico demanda eventualmente implicaciones etiológicas, pero dado el sinfín de explicaciones que se dan para la enfermedad es difícil identificar la esquizofrenia como tal con un grado confiable de fiabilidad. A pesar de que se haga uso de entrevistas estandarizadas para demostrar la presencia de esquizofrenia, al no tener una etiología específica no se puede hablar de un diagnóstico sino de una clasificación. Para poder explicar este fenómeno, han surgido tres modelos de diagnóstico en los últimos 20 años. El primero propone el diagnóstico de un solo desorden con diversas áreas afectadas. El segundo propone que la enfermedad tiene causas etiológicas múltiples. Finalmente, el último modelo busca diferenciar los factores propios de la enfermedad para después clasificarla y definirla morfológicamente (Carpenter, 1985). Todo esto nos da cuenta de las formas en que se define la enfermedad dentro de los tres modelos anteriormente mencionados.

Por su parte, para realizar el diagnóstico se toman en cuenta algunas herramientas como son: Impresión Clínica Global (ICG), Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS), Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (AIMS), Escala de acatisia de Barnes, Escala de Simpson y Angus, Escala de depresión de Montgomery- Asberg (MADRS), Escala de obsesiones y compulsiones de Yale- Brown (Y- BOCS), el CIE- 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, versión 10) y el DSM- V (Diagnostical & Statical Manual of Mental Disorders), de la asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1995). El más común es el DSM- V esto por su gran capacidad de clasificación, que se ve un poco mermada por la gran ambigüedad en sus respuestas.

1.4.1 DSM

Según este instrumento, para considerar la alteración con esquizofrenia el paciente deberá haber presentado los siguientes síntomas durante un mes o menos; entre estos síntomas se encuentran:

- 1) Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos (anhedonia, aplanamiento, indiferencia afectiva, etc)
 - a. (Delirio como código subjetivo y persistente que no encaja en el contexto social y estalla como instrumento de interpretación o comprensión de los sentidos) Idea persistente a una forma de ver y sr en el mundo y una idea delirante.
 - b. Conducta catatónica, inmovilidad cérica o estupor, la hiperactividad o lo que se define como lenguaje desorganizado.
 - c. Aplanamiento afectivo, indiferencia afectiva por la vulnerabilidad ante cualquier acontecimiento negativo o ante una muestra de vulnerabilidad u hostilidad por otros.
 - d. Alogia, lenguaje pobre y falta de fluidez
 - e. Abulia, incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.
- 2) Grado de disfunción social y laboral del sujeto

- 3) Durante 6 meses “creencias raras” o experiencias perceptivas no habituales. Lo cual incluye delirio y alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, gustativas o táctiles (APA, 1995)

A pesar de la extensión y especificación de los síntomas, éste no deja de ser un instrumento indefinido, confuso, irreal e inflexible como las otras herramientas mencionadas anteriormente.

1.5 Tratamientos

A partir de las dificultades para diagnosticar la enfermedad y de clasificarla por las particularidades que presentan cada uno de los pacientes, se manifiestan también problemas para obtener beneficios cuando se pretende administrar un tratamiento adecuado. A pesar de esto, existen varias alternativas como son: tratamientos farmacéuticos, terapia electroconvulsiva, tratamientos psicológicos e intervenciones psicosociales. En este sentido y sin prejuicio de que una pequeña parte de la población no se vea beneficiada por este método, se sabe que uno de los tratamientos más usados es el farmacéutico, siendo de los más eficaces para controlar los síntomas negativos de la enfermedad. A la par de estos, existen tratamientos que han demostrado ser eficaces para contrarrestar los síntomas positivos como lo son: la educación y el apoyo familiar y los programas de tratamiento comunitario asertivo; que van dirigidos a que el paciente se integre a la sociedad de manera acertada.

1.5.1 Tratamiento farmacéutico

Desde hace tiempo se usan sustancias para frenar los síntomas de la esquizofrenia, sobre todo las alucinaciones que son de los síntomas más representativos de esta enfermedad, se habla por ejemplo, de té de hierbas con propiedades sedantes o de remedios. Derivado de las diversas explicaciones que giran en torno a la esquizofrenia y particularmente abordando los modelos biológico y psicológico existe una gran variedad de tratamientos para dicha enfermedad, sin embargo, se le da mayor importancia al tratamiento con antipsicóticos porque éstos son los únicos capaces de menguar los síntomas

negativos y evitar las recaídas. Lo peculiar de estos tratamientos está en que, además de no curar la enfermedad, los efectos secundarios pueden ser perjudiciales para los pacientes.

Se incluyen en esta clasificación de antipsicóticos dos tipos: los clásicos y los nuevos antipsicóticos o atípicos, en la **Tabla 1** se puede observar una pequeña descripción de los mismos, ejemplos y las afectaciones más comunes que alteran en general algunos procesos que permiten a la persona tener un desempeño pleno en sus actividades. Por otro lado, debemos tomar en cuenta que los medicamentos se modifican mientras evoluciona la enfermedad y además, se prescriben medicamentos conjuntos para sobrellevar los efectos de los mismos antipsicóticos, como es el caso de la Carbamazepina para frenar las posibles convulsiones que se puedan dar en los pacientes (Kaplan y Sadock, 2007).

Clasificación de los fármacos antipsicóticos.

Fármacos Antipsicóticos	Descripción	Ejemplos <small>*Ordenados de mayor a menor eficacia y de menor a mayor efecto sedativo.</small>	Efectos secundarios
Clásicos	<p>Medicamentos de primera generación que actúan sobre los receptores de dopamina y otros neurotransmisores.</p> <p>Son poco eficaces para el tratamiento de síntomas negativos y no son muy bien aceptados por los pacientes. Tienen efectos sedativos.</p>	<p>Tioproperacina Haloperidol Flufenacina Clorpromacina Tioridacina Levomepromacina</p>	<p>Letargo, hipotensión, sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, alteraciones cardíacas, reacciones alérgicas, alteraciones hormonales como: alteraciones en el ciclo menstrual, galactorrea y ginecomastia, disminución en la hormona de crecimiento; y posibles alteraciones neurológicas como: sensación de inquietud y tensión interna que se acompaña de necesidad de moverse, trastornos motores como temblor en reposo y rigidez, síndrome neuroléptico maligno.</p>
Atípicos	<p>Medicamentos antidopaminérgicos y/o antiserotogénicos de nueva generación.</p> <p>Eficaces en el tratamiento de síntomas negativos y positivos. Son más aceptados por los pacientes y permiten una mejor integración social y laboral.</p>	<p>Ziprasidona Sertindol Risperidona Quetiapina Olanzapina Clozapina</p>	<p>Letargo, hipotensión postural y posibles reacciones como: síndrome neuroléptico atípico, agranulocitosis, anemia aplásica, miocarditis, etc.</p>

1.5.2 Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva es un método muy antiguo mediante el cual se produce una convulsión breve en el cerebro (un período de impulsos nerviosos rápidos) que dura entre 30 segundos y 2 minutos, esta convulsión se induce con un dispositivo de energía eléctrica que envía impulsos eléctricos al cerebro. Durante la terapia, se le administra anestesia general al paciente y medicamentos para prevenir o suprimir los movimientos musculares que de otro modo se presentarían con las convulsiones. Este tipo de tratamiento, también causa efectos secundarios y presenta altos riesgos. A pesar de la crítica y polémica que acompaña a este método, es usado en algunos hospitales docentes o privados para coadyuvar a disminuir los síntomas en episodios que se caracterizan por catatonía o síntomas afectivos, estos casos suelen ser resistentes o intolerantes a los medicamentos por lo cual se opta por el mismo. Se tiene considerada para el tratamiento de la depresión bipolar II o esquizofrenia maniaco depresiva.

1.5.3 Tratamientos psicológicos e intervenciones psicosociales.

A pesar de que el tratamiento farmacéutico es el más común, este no parece ayudar a disminuir los síntomas residuales cognitivos y los déficit sociales. Además no le permite al sujeto solucionar sus conflictos interpersonales, por lo cual se opta por el tratamiento psicológico y las intervenciones sociales, que le permiten al paciente controlar su vulnerabilidad ante situaciones de estrés y le ayudan a una integración social eficaz.

A continuación se enlistan este tipo de tratamientos según su modo de intervención al paciente ya sea de manera individual, grupal, social o familiar, pues dada la amplia variedad de visiones que van desde el psicoanálisis hasta la terapia conductual, solo se nombran las más representativas en cada caso.

1.5.3.1 Psicoterapia Individual

Este tipo de terapia pretende tratar a la persona para su autoconocimiento. Bajo este tipo de terapia se encuentra el insight, las psicoterapias de soporte y

apoyo o las terapias cognitivas y conductuales. Actualmente las terapias más abordadas con esta dinámica son la cognitiva y la conductual aunque anteriormente se le daba mayor importancia a la terapia psicodinámica y a la terapia de apoyo, la primera buscaba incrementar el insight, mientras que la segunda buscaba la reconstrucción del yo.

Algunos estudios controlados arrojan resultados poco alentadores para este tipo de terapia, esto porque no parecen mostrar reducción en la sintomatología ni en las recaídas, por el contrario los resultados sugieren que este tipo de tratamiento puede agravar al paciente pues algunas veces llega a confundirlo más. Esto a menos que se hable de una intervención de apoyo, en la cual la monitorización y las intervenciones aplicadas son factores clave para que se dé una reducción en la sintomatología y las recaídas, así como una mejora en el ajuste social y ocupacional; la única desventaja de este tipo de tratamiento es que el paciente se ve en la necesidad de estar a cargo, la mayor parte del tiempo, de un profesional (Berenbaum, 1990).

Con base en las desventajas de dependencia de los pacientes hacia un profesional, en los últimos años se crearon estrategias cognitivas en las que se crea una relación colaboradora entre el paciente y el terapeuta, para ayudar al primero a dominar algunos síntomas positivos reduciendo la intensidad y gravedad de los delirios y alucinaciones por medio del cuestionamiento de creencias. De todas formas, por desgracia la mejoría de los síntomas no se ve reflejada en la mejoría de síntomas negativos o en el ajuste social.

1.5.3.2 Psicoterapia de grupo

En esta terapia pueden desarrollarse abordajes psicoanalíticos, interpersonales y educativos, así como terapias para el entrenamiento de habilidades sociales, terapias cognitivas, intervenciones familiares y grupos de auto ayuda. Este tipo de psicoterapia, puede dividirse en dos subgrupos el primero tiene el objetivo de mejorar la capacidad del paciente de relacionarse con otros, por medio de la interacción con miembros del grupo y/o la discusión de sus

problemas personales y sus posibles soluciones; y el segundo permite al paciente mejorar su autoconocimiento a través de la exploración de aspectos evolutivos con la ayuda de desvelamiento e interpretación de la transferencia.

Este tipo de terapia ofrece al paciente un contexto real que promueve la relación terapéutica y que permite el autoconocimiento de los miembros del grupo, aquí se realizan técnicas sencillas que incluyen refuerzos sociales y simulación de situaciones de la vida real con las que el paciente aprende nuevas formas de afrontar problemas de comunicación y con sus relaciones interpersonales.

1.5.3.3 Intervención familiar

La familia es el elemento principal de este tipo de intervención, pues se cree que dado que la familia juega un papel importante en el cuidado del paciente puede apoyarse en herramientas como la información, el apoyo y la ayuda para lograr que el paciente se incluya en los ámbitos sociales y familiares de manera asertiva y que pueda a su vez reducir el riesgo de recaídas. Cabe señalar que este tipo de intervención va acompañada generalmente de un tratamiento farmacéutico (Striner,1996).

1.5.3.4 Rehabilitación

La rehabilitación comenzó siendo parte del tratamiento de los pacientes dentro de los hospitales psiquiátricos, pero se fue desarrollando para alcanzar escenarios externos usando métodos que permiten al paciente insertarse en ámbitos sociales y laborales minimizando las incapacidades resultantes de los síntomas positivos y negativos, o bien, desarrollando nuevas habilidades para sobrellevar las incapacidades.

Dentro de la rehabilitación podemos encontrar principalmente el tratamiento de los déficits cognitivos y los síntomas residuales, el entrenamiento de habilidades sociales y la inserción laboral. Este tipo de intervenciones al igual que las psicoterapias, deben presentarse al paciente como un conjunto de medidas para el cuidado multidimensional de forma integrada con el tratamiento y

seguimiento psiquiátrico con los medicamentos pertinentes. En este caso especial de la rehabilitación se espera la ayuda de entidades sociales y de los profesionales de la salud, sin embargo, la falta de confirmación de su eficacia y el elevado costo de este tipo de seguimientos hacen que sea difícil la inclusión de estos en los casos cotidianos.

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LO CORPORAL

2.1 Cultura occidental

Si comenzáramos a comparar las culturas antiguas con las actuales encontraríamos seguro una gran diferencia por la evolución y el gran desarrollo intelectual, o bien, el aumento en la importancia del intelecto que se ha dado a lo largo de las épocas. Esto se da a notar partiendo de la filosofía mística que era un tema central para gran parte de la humanidad antes que ésta encontrara las razones lógicas y explicables de muchos de los eventos que sucedían día a día y, continua, con la aparición del método científico que proviene, antes que otra cosa, del surgimiento del concepto “ciencia” que aparece en el siglo VI a. C. en Mileto y que da lugar más adelante al concepto que rige hoy en día a la cultura occidental pues da pie al surgimiento del dualismo. Sobre esa base destaca el primer contraste entre la antigua filosofía mística y el primer significado del concepto “ciencia”, que se refiere al interés por conocer la naturaleza esencial de todas las cosas con su correspondiente velo pues no muestra aún una separación, entre filosofía y religión.

Es hasta la llegada del Renacimiento y del siglo de las luces en el siglo XV que el velo desaparece y comienza a hacerse más notable el énfasis en el intelecto, es entonces cuando la razón pasa a ser primer tema de interés. La religión deja de ser el dogma del conocimiento y la filosofía divide al ser en espíritu o mente, y materia; principalmente gracias a los aportes de Descartes quien es el principal representante de esta tendencia dualista que acompaña a la ciencia moderna, al método científico y al modo de pensar occidental que se ve reflejado en nuestra cultura. La frase más representativa de Descartes “cogito ergo sum” que quiere decir “pienso luego existo” fue el inicio de mucho de lo que hoy se ha planteado. Pensar para luego existir se convierte en el nuevo credo de la sociedad occidental; se le da mayor peso al razonamiento lógico antes que a la existencia del ser humano en todos los aspectos desde el más vano hasta el más complejo que es su propio ser; es decir, el organismo como tal (Capra, 2004).

Ahora, representa a la cultura occidental no sólo el hincapié en el razonamiento lógico, sino también las fragmentaciones que van acompañadas de éste, que se hacen en los objetos y los eventos que cruzan al individuo o que se encuentran en su propio entorno para su supuesto mejor entendimiento. El ser humano divide todo a su alcance: al universo en planetas, al planeta en continentes, a los continentes en países, a los países en estados, a los habitantes en status o en razas, a los individuos en creencias, al ser humano en órganos, a los órganos en células, a las células en átomos y así interminablemente; esto pareciera no mostrar problema alguno por la conciencia que se tiene de lo que rodea al ser humano; sin embargo, el problema radica en que, contrario a lo que debería ser, generalmente no se buscan conexiones entre los objetos y los eventos, y esto puede verse en las crisis que hay en la actualidad, sobre todo debido a la fuerte frustración del individuo por tratar de encajar en alguna de las clasificaciones, llegando al colmo de tratar de encajar hasta en el diagnóstico de alguna enfermedad o padecimiento para poder ser parte de lo que le rodea. Se hacen verdades de las que las personas se apropian sin siquiera cuestionarse.

El cambio de valores, resultado de un cambio del paradigma que se dio más adelante en la era científica en occidente con: la revolución científica y la revolución industrial; tuvo como consecuencia el cambio en la mentalidad de las personas. Se estableció una racionalidad que se encarnó en el pensamiento, una automatización y una lucha por el poder. La revolución científica no solo significó avances tecnológicos, sino también una revolución cultural que cambió la forma en que se organizaban las sociedades y los valores. Por consiguiente, en esta era se da una sobrevalorización de las actitudes de poder agresivas, transgresivas y exigentes, que dejan atrás las actitudes sensibles, conservadoras y conscientes del entorno. Capra²(1998). Haciendo referencia a esto, habla del principio del *ying* y el *yang*; donde el *ying* se identifica con lo intuitivo y el *yang* con lo racional. Capra indica que ninguno de estos dos aspectos debe ser más importante que el otro pues, como lo ilustra la simbología, el *ying* cederá algunas veces ante el *yang*; y del mismo modo el *yang* cederá ante el *ying* para poder mantener una

² Capra, F. (1998). *El punto crucial: Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Argentina: Troquel S. A

armonía. De acuerdo con esto, sin importar que parezca que el ying ha desaparecido en la era actual no es así, simplemente se encuentra fuertemente desequilibrado dentro de las culturas contemporáneas.

Hasta ahora, la falta de armonía en estos principios en nuestra época se dio principalmente gracias a la separación de la mente y el cuerpo sugerida por Descartes quien, si bien no negaba la presencia de la mente, le daba una mayor importancia al cuerpo y sus relaciones causales con el ambiente, abandonando una conciencia ecológica enmarcada en la intuición de la naturaleza no lineal. Este fue el principio de muchas incongruencias en la sociedad, donde la racionalidad era de suma importancia para el desarrollo de teorías en todos los ámbitos. La racionalidad tomó un papel muy importante y a pesar de que parecía desaparecer con algunas teorías supuestamente revolucionarias siguió presente hasta la época actual en donde encontramos limitantes en la mayoría de las ciencias.

Podemos ver por ejemplo, limitantes en la física clásica que repercuten en la economía mundial, esto pues tanto la economía como la física continúan la línea de aquel modelo deficiente. Anteriormente la economía, tenía como fin el buscar beneficios para el bienestar humano según un modelo óptimo de consumo; es decir, el modelo económico de una sociedad estaría regulado por las necesidades de sus habitantes, siendo que dichas necesidades a la par serían reguladas por la cooperatividad de sus integrantes. Actualmente, después del siglo de las luces y la creencia de que las necesidades humanas son ilimitadas; la cooperatividad ha desaparecido y en su lugar no hay más que una competencia letal que depende de un sistema individual que solo ve por sus propios intereses. La acumulación de capital sin un fin determinado y la aparición de enfermedades crónico degenerativas en todas las clases, sin importar el costo, es una de las consecuencias de este modelo económico basado en la física clásica.

Anteriormente, producíamos, comíamos, vestíamos, nos reproducíamos y consumíamos para vivir, hoy pareciese que vivimos para producir, comer, vestir,

reproducirnos y consumir. Grosso modo, como Oscar Wilde señala, hoy en día “*es posible saber el precio de todo y no conocer el valor de nada*”.

La ruptura del vínculo del hombre con la naturaleza lo ha llevado no solo al daño de su propio ser, también a la explotación de la figura fémica de la naturaleza y a la falta de interés por los semejantes. De esta suerte, tratando de encontrar soluciones técnicas para todos los problemas, nos hemos limitado a cambiarlos de sitio en el ecosistema global o a ocultar la basura que los crea, en todos sus aspectos; ante esto frecuentemente —como en el modelo biomédico— los efectos secundarios de la solución terminan siendo más dañinos que el problema. La tecnología como medio de producción para mantener la economía ha sido otro de los motivos que han quebrantado el equilibrio del hombre con la naturaleza. Se habla de una sociedad anónima con una fuerza de trabajo que no es ni significativa, ni satisfactoria para el individuo. La producción en masa solo lleva a que un simple producto pase por diversas manos e instrumentos, para al final obtener un resultado que desvaloriza el papel de cada individuo; el hombre así, trata de humanizar a la máquina para que esta haga su trabajo y en el proceso se deshumaniza a sí mismo hundiéndose en su propia automatización. Por el contrario, un modelo adecuado para la economía debería humanizar más al individuo y ver por las necesidades sociales, físicas, políticas, culturales, naturales, individuales, científicas y psicológicas de una sociedad.

La tendencia a la producción indiscriminada para la acumulación de capital, discrimina a los sectores menos afortunados de la sociedad y ocasiona problemas alimenticios, psicológicos, somáticos, sociales, entre otros. Por un lado los países se vanaglorian de su producción masiva de alimentos enlatados, mientras que por otro lado, parte de su población muere de hambre (“Más comida y menos para comer” Lappé y Collins³), los obreros de aquellas fábricas padecen de enfermedades producidas por estrés y los consumidores sufren de obesidad por las dietas de ingesta hipercalórico y poco nutritiva. Todo esto requiere de medidas

³ Capra, F. (1998). *El punto crucial: Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Argentina: Troquel S. A.

como la reducción de la desigualdad y la búsqueda por la satisfacción de las necesidades internas reales del país.

Analizando toda la serie de posturas cartesianas dualistas, las civilizaciones demandan una visión holística de los problemas actuales que aquejan a la humanidad, no se trata de reducir a la humanidad a aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos, políticos, psicológicos o culturales, sino de vincular todos los conceptos entre sí, y al mismo tiempo, crear organizaciones sociales dependientes de las cuales se pueda tomar a un individuo para entenderlo en relación con su medio, sin tener que desmembrar organismos. Ante esto, aparece la visión integral que considera al mundo desde el punto de vista de las relaciones y las integraciones, un método equivalente a la visión revolucionaria de la física moderna que permite hacer buen uso de la parsimonia y, a su vez, evita un reduccionismo total. Esta visión supone una armonía entre el reduccionismo y el holismo, el análisis y la síntesis, la intuición y la razón; enfoques complementarios que usados con equilibrio, nos ayudan a obtener un conocimiento más profundo de la vida.

Sin dicha armonía, encontramos las limitantes reduccionistas que se dan al tratar la esquizofrenia, específicamente, siguiendo el modelo biológico que se traduce en parte a la psicología; asimismo debido a que no es posible explicar la interdependencia aparente entre la mente y el cerebro, el funcionamiento de la mente sigue siendo una de las más grandes incógnitas que sobreviven a la fecha y el tratamiento médico no es suficiente para superar la enfermedad.

2.2 Construcción Social De Lo Corporal

De ninguna forma el sujeto podrá evadir la historia familiar, cualquiera que sea su forma de evadir esta, resultará en la repetición del mismo patrón, a menos que se decida actuar conscientemente para cambiar la condición preestablecida. Papá y mamá son responsables de una construcción psicogenealógica que se ve en la persona, ellos son el primer contacto que tiene la persona con su sociedad y los responsables de algunos de los rasgos fenotípicos que serán visibles en ésta,

al igual que de algunos rasgos de personalidad. Una enfermedad psicosomática puede tener su génesis, si el sujeto a si lo quiere, en la familia según las lealtades que se den a algún miembro de la familia, o las relaciones afectivas y emotivas que tenga con la misma. De acuerdo con esto, no es de sorprenderse que muchas veces algunos aspectos sean tratados como verdades por la familia y por la misma sociedad; por ejemplo: en una familia en la que hay una tendencia a la obesidad en los padres y/o abuelos; se condena a los pequeños a sufrir el mismo padecimiento, pese a que esta es una condición que la mayoría de las veces no corresponde a la naturaleza del cuerpo las personas se resignan a ser obesas y esos niños terminan teniendo los mismos padecimientos de sus padres con el pretexto de que esa condición prevalece en su propia familia.

Que si bien la familia es parte de la construcción del sujeto, no es la única que interviene, debido a que tal construcción también podrá ser traspasada por otros aspectos, como pueden ser en este caso, los sociales. Retomando el caso anterior, si la familia tiende a ser delgada, pero el individuo se somete a la ingesta de una dieta hipercalórica y suma esto a un estado pasivo que es común en la sociedad; esta vez será la sociedad la que repercuta en el cuerpo. A pesar de estas aseveraciones no podemos conceder toda la culpa a uno u otro aspecto, pues además de que no es una verdad absoluta, podrían influir simultáneamente ambos aspectos en la formación de la somatización, y a su vez podrían conjugarse con otros, como el trabajo, la educación, la geografía, la historia, etc. De acuerdo con esta visión, si la sociedad y la familia dejaran de apropiarse de algunas afirmaciones que giran en su entorno, podría abrir códigos nuevos que se antepondrían con algunos de los códigos establecidos y así sería capaz de elegir su propia construcción.

Hoy en día, esta sociedad en la que estamos inmersos es un espacio dónde se produce o circula un capital al que se le da mucha importancia y que se distingue por diversas características que pueden o no dañar al sujeto. Mayormente la circulación de capital en este espacio, se da gracias a la búsqueda de una autorrealización y de una ganancia; mayor, si el sujeto ha concluido un

proceso educativo de formación y/o se dispone a trabajar a marchas forzadas. Los requerimientos para el éxito; es decir, la acumulación de capital, son algunas veces excesivos para el sujeto que busca obtener lo que la sociedad le demanda, pero depende del sujeto verse o no afectado por este tema que es común denominador de muchos de los padecimientos que hay a la fecha.

Como se aprecia, la memoria corporal en relación con la memoria social, la memoria alimenticia y la memoria emocional; nos da la posibilidad de tratar el deterioro físico o, mejor aún, nos permite evitar tal deterioro para lo que requerimos de un trabajo personal que nos permita manejar las emociones de forma benéfica. Debemos desencantarnos de las visiones lineales, que reducen al cuerpo a un sólo principio —familia, sociedad, trabajo, educación, herencia, etc., como si los otros fueran etéreos; estas visiones entrañan un continuo trabajo del cual no se obtienen resultados acertados, pues no nos permiten ver el origen del problema y solo mitigan parte del conflicto. Esta visión dirigida a todas las enfermedades que aquejan a la sociedad, esta forma tan peculiar de ver la vida como un todo en movimiento continuo, nos ayuda a comprender aspectos dentro de la política, la economía, las sociedades, y hasta aspectos del medio ambiente.

2.2.1 El cuerpo como unidad

Del macrosistema al microsistema, del microsistema a lo macrosistema, del órgano al organismo, del organismo al órgano; cada relación que se da continua siendo parte de un proceso de construcción; el cuerpo es una unidad con el cosmos por lo que nos convertimos en un órgano- organismo con órganos que no puede prescindir de ningún vínculo con su entorno, porque existe un flujo de energía que alcanza a tocarnos. De este modo, nos damos cuenta que el organismo presenta diversas emociones que se relacionan con sabores y que a su vez se mueven y alcanzan a un órgano; así pues, si el flujo de energía que hay dentro de nosotros, se llegará a detener en un órgano debido a una emoción, tal órgano se verá afectado en su lucha por la supervivencia. Lo anterior se resume

en lo que López⁴ señala: “...nos encontramos con un organismo que permite la normatividad y la regulación de otro organismo”.

A pesar de todo lo que se nos hace creer, el cuerpo no es del todo libre, como López señala “*El cuerpo no es tan libre como se nos hace creer; está estrechamente vinculado a las emociones y sus procesos fisiológicos, a su historia personal, ahí está nuestro interés entre el micro y el macro cosmos*”, no podemos desligarnos de la memoria del cuerpo, pero si podemos usarla como una herramienta para dejar de sobrevivir y comenzar a vivir, debemos lograr una cooperación entre los órganos según la memoria emocional y la memoria celular. De lo particular a lo general, de lo más complejo a lo más sencillo, hay una relación que no debe ser perdida de vista, la importancia de cada uno de estos aspectos se ve reflejada en el cuerpo del sujeto, y a pesar de que no se hable de todas las relaciones que el ser humano tiene con su alrededor, se sabe que estas relaciones se dan y se graban en la memoria del sujeto.

Por otro lado, debemos saber que en la memoria del sujeto se graban también algunos deseos formados por el cómo la persona se sujeta a lo que quiere sin importarles que esto dañe su organismo. Cada uno de los sujetos elabora un deseo y una forma de cumplir dicho deseo, dependiendo de cómo se viva, el organismo formará relaciones que construyan procesos de desintegración de los órganos algunas veces según el deseo que lo aqueja. Debemos abrir los ojos ante el cómo un deseo daña al cuerpo, ante esto López exalta la relación entre el deseo y las emociones y subraya “*Un deseo puede mover – y de hecho mueve- las emociones, que no podemos concebir ajenas a la condición del sujeto, su sociedad y su cultura, porque el deseo se articula en función de la emoción*”, así, cada uno de los deseos de expresar una emoción, se verán manifestados en un órgano y darán una significación a la forma de ver el mundo. El deseo se plantea como lo que crea el sufrimiento en el hombre cuando es incapaz de cumplir un anhelo, un anhelo que tendrá su origen en la cultura, la sociedad y la

⁴ López, S. (2011). *Lo corporal y lo psicósomático: aproximaciones y reflexiones VII*. México: CEAPAC

familia, donde el sujeto pierde su autonomía. Un deseo conlleva a una emoción, una emoción a un sentimiento, un sentimiento a una actitud y una actitud a una acción, todo esto “...*deriva en una forma de vivir, expresarse y funcionar de los 5 sentidos, incluyendo el sexto sentido que es la mente*” (López, 2011).

2.2.2 El cuerpo como producto del contexto histórico social

¿Será solo es el presente el que trastoca la emoción y el refugio de esta en un órgano? López muestra que “*Lo humano, es fruto de un proceso social, familiar, histórico que se articula con el pasado*”, es en relación con esto que se sabe qué tanto el pasado de nuestra historia personal, como el pasado de nuestra cultura y de la humanidad, tendrán un efecto en el cuerpo; no obstante será responsabilidad del organismo oponerse y hacer una mirada crítica para no perder su propia identidad. El revivir el pasado para saber más del presente es una forma de integrar el conocimiento de nuestro cuerpo y la construcción de éste en el contexto que se desarrolla. Nos encontramos sumergidos en una sociedad occidental cuyo origen proviene de siglos de historia que sentaron las bases de las creencias, los valores, las convenciones sociales, las enfermedades, los avances tecnológicos, la forma de alimentación, la economía, la política, la familia, la cultura, las costumbres y muchos aspectos que tenemos actualmente, que se relacionan con la construcción corporal al mismo tiempo que caracterizan en particular a la sociedad mexicana. Una vez dicho esto, es importante remarcar el sinfín de variables que influyen en el mexicano y la imposibilidad de poder estudiarlo aislándolo de todos estos factores.

Es necesario revisar el pasado para saber el cómo se ha formado la concepción de una enfermedad según el tiempo que transcurre a partir de su aparición hasta la fecha en que la encontramos en la actualidad; del mismo modo es necesario ver la historia individual de la persona y a su vez, el pasado de su entorno para saber cómo es que dicha enfermedad surgió en su contexto. Asimismo, el desarrollo y la construcción de una enfermedad, no pueden ser apartados del resto de factores que influyen en ella, como sabemos el ser humano no se encuentra aislado y ya que la enfermedad se encuentra en el ser

humano, tampoco ésta puede tratarse de manera aislada. El cuerpo refleja la memoria celular de lo que ha aprendido a lo largo del tiempo, desde las conexiones que ha hecho con las ramas familiares pasando por los cambios en su medio ambiente, hasta la reacción de su sociedad ante algún evento, en relación con esto y echando una mirada hacia la esquizofrenia, no se trata del mismo modo la locura en un siglo que en otro, ni se consideran las alucinaciones del mismo modo en México que en Australia. Las enfermedades mentales, no son al fin y al cabo entidades fijas, sino conceptos cambiantes sometidos a la visión de una cultura y su proceso histórico.

2.2.3 Relación órgano emoción

Las emociones, son parte del proceso corporal y son una respuesta del cuerpo que se expresa de forma patológica. Según como se estructuran las emociones, el proceso social y el proceso familiar, el organismo logrará construir relaciones con sus órganos. Dichas emociones, que no excluyen a ninguna persona, son necesarias para mantener la vida y como se señala López (2011) *“Lo cognitivo y lo afectivo son meras expresiones de sensaciones orgánicas que se expresan en la conciencia sensitiva de las vísceras”*. Con esto se puede decir, que las emociones y los pensamientos son parte esencial de cada organismo, se dan según la apreciación que el individuo genera mediante los órganos, y a su vez producen cambios en los mismos, por lo que los pensamientos y emociones se verán reflejados en los órganos que nos componen, lo que significa que todos y cada uno de los componentes del organismo, desde los más sencillos a los más complejos cooperan en la preservación de la vida.

Las sociedades actuales, por desgracia, se han propuesto el estandarizar una serie de emociones, marcando patrones de comportamiento que enajenan a la comunidad; y no conformes con eso, se han dedicado a castigar o exaltar sensaciones, emociones y sentimientos creando una sociedad enferma, que gira automática alrededor de la economía, cultura y religión. La gran masa ha crecido sin darles mérito a sus individuos. Por ello, para poder borrar dichos embelecados que ha formado la misma sociedad, el ser humano tiene un arma de doble filo que

puede incrustarlo más en el sistema, o bien le puede ayudar a desenmascarar lo establecido por su mismo entorno, esta arma no es más que la memoria que está en nuestro ser y que nos permite significar cada uno de los sucesos que cruzan nuestra vida. Si dirigimos esta herramienta hacia la renovación, el recuerdo y la construcción, podremos hacer el viaje de la emoción más fluido y más apropiado para la conservación de la vida.

La vida es omnipresente, por ello las relaciones que se establecen son infinitas y trabajan según medios de cooperación que se mueven dentro y fuera del cuerpo del organismo, si se toma a una emoción o un padecimiento como ajeno al cuerpo, regresa el dualismo que causa el gran desequilibrio en el interior o exterior del cuerpo, y en lugar de solucionar, se agrava el problema o se oculta hasta que no hay manera de encubrirlo; por ello es necesaria una lectura adecuada de la relación órgano- emoción. Desde este punto de vista, López (2013), plantea aspectos a partir de los cuales se debe leer el proceso orgánico y emocional:

1. *El órgano emoción y su existencia en el espacio tiempo de una cultura; para comprender el proceder de una ruta del cuerpo y su vinculación con lo social, lo cultural y en una construcción a interior de la historia familiar*
2. *La relación órgano- emoción como parte de una historia social que permite al sujeto tener elecciones con un sabor o una emoción que resulta en diversas patologías; para identificar si el problema es orgánico o emocional.*
3. *Una emoción es vital e inherente a la condición humana, por lo cual será necesario considerar la relación entre el órgano y la emoción, pues esta última será capaz de conservar o terminar con la vida.*
4. *Reconocer que el cuerpo se convierte en un proceso corporal que lo establece como principio que concreta el momento histórico de una sociedad. La profundidad con que hagamos esta lectura estará de*

acuerdo con el proceso de trabajo que tenga el individuo, para tener un control de los deseos o superar algún odio o resentimiento.

- 5. El proceso de un organismo no deberá comprenderse del todo con lecturas de estudios de gabinete, pues habrá que considerar igualmente las relaciones que impiden que algo exista de manera independiente. Con esta lectura del cuerpo como espacio que se concatena y da sentido a una larga especie de vida interior, se podrá comprender la profundidad de un cuerpo que no puede tener la autonomía social, ni en su interior, de los órganos y emociones.*
- 6. Una enfermedad es la expresión de una manera de protestar de un cuerpo, porque él siempre avisa, y aquí es donde se debe escuchar y dar sentido al principio de la vida, para no permitir que se pierda día a día.*

Ahora bien, todos los seres humanos, a la par de sus órganos y sus emociones, permanecen en constante movimiento, y por tanto en constante cambio, o al menos eso es lo que se espera; sin embargo, hoy en día en las culturas occidentales esta condición se ve menguada por la tendencia de las sociedades a tratar de permanecer estáticas, lo cual significa una forma de obligar a las personas a no moverse a pesar de que esto implique un sufrimiento. Contrario a esta visión, los orientales formularon una teoría para explicar esas fases de cambio con la idea de que ocurrían de forma ordenada y previsible; según este presupuesto el cambio no se produce al azar, sino que sigue un proceso ordenado al cual llamaron Cinco Elementos o Cinco Transformaciones. En su forma más primordial esta teoría plantea cinco fases que se asocian con determinados elementos en la naturaleza como son: fuego, tierra, metal, agua o madera. Respecto a la salud, estas cinco fases revelan el modo en el que se mueve la energía en el cuerpo para nutrir cada órgano de manera armoniosa.

El cuerpo humano no puede ser excluido de esta condición, por ello fuego, tierra, metal, agua y madera se asocian con un grupo de órganos que a su vez

cooperan y se integran en un todo. La figura 3, esquematiza la evolución y las concatenaciones planteadas por Ohashi (1991) y algunos otros autores. La figura pentagonal va girando simbolizando el constante cambio y va de lo más pequeño a lo más grande por la concepción del macrocosmos y el microcosmos; cada uno de los colores representa lo citado a continuación y se ordena según el cómo cada órgano o emoción alimenta a su respectiva paralela, además el trazo de la estrella central representa otro sentido en la evolución de las emociones y se relaciona a su vez con el pentágono que busca figurar al ser humano y sus cuatro extremidades –cabeza, manos, pies-. Las siguientes consideraciones y la **Tabla 2**, ayudan a comprender con mayor astucia el esquema:

Fuego (rojo): El corazón, el sistema circulatorio, la lengua, los vasos sanguíneos, la piel del rostro y el intestino delgado y nutre a la fase tierra. Se relaciona con el sabor amargo y con la alegría.

Tierra (amarillo): El bazo, boca, músculos, labios, estómago y páncreas. Los órganos tierra son la madre de los órganos metal y se relacionan con el sabor dulce y la preocupación (ansiedad, ruminación, pensamiento obsesivo).

Metal (blanco): Los pulmones, nariz, piel, vello corporal y el intestino grueso. Nutren a los órganos agua y se relacionan con el sabor especiado o picoso y la pena (tristeza, aflicción).

Agua (negro): Los riñones, oídos, huesos, cabello del cráneo y la vejiga. Estos órganos son la madre de los órganos madera y se relacionan con el sabor salado y el temor (miedo, choque)

Madera (verde): El hígado, el ojo, los tendones, las uñas y la vesícula biliar, estos órganos se relacionan con el enojo (resentimiento, agresión) y el sabor agrio. Los órganos madera son la madre de los órganos fuego, es decir, esto completa el ciclo para que siga su curso.

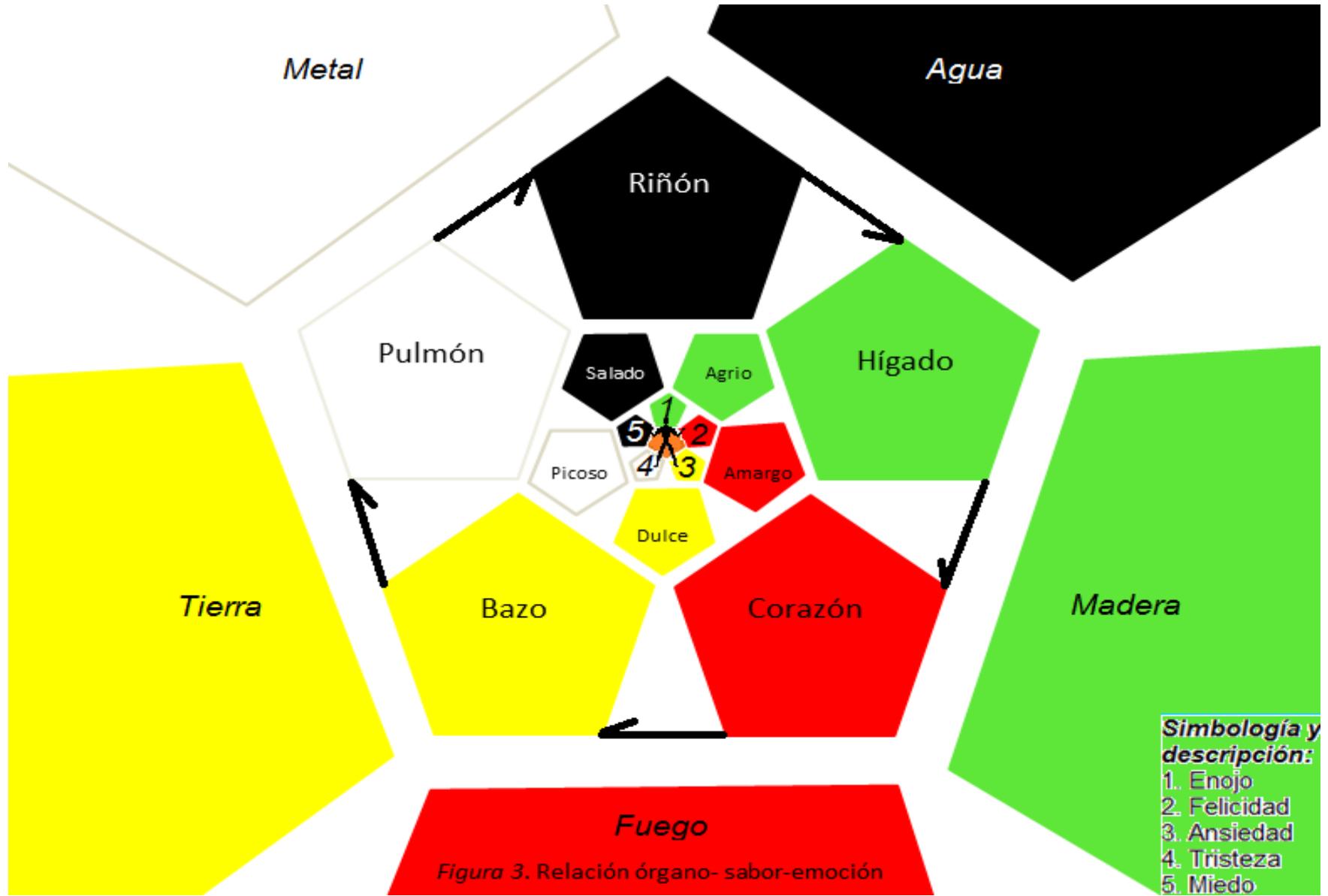


Tabla 2

Teoría de los cinco elementos desglosada

ELEMENTOS	MADERA	FUEGO	TIERRA	METAL	AGUA
ÓRGANO	HIGADO	CORAZÓN	BAZO	PULMÓN	RIÑÓN
VICERA	Vesícula biliar	Intestino delgado	estómago	Intestino grueso	Vejiga
EMOCIÓN	Cólera	alegría	obsesión	Tristeza	Miedo
ACTITUD	Observar	andar	sentado	Acostado	De pie
SABOR	Ácido	amargo	dulce	Picante	Salado
LÍQUIDO ORGÁNICO	Lágrima	sudor	saliva	Esputo	Orina
CLIMA	Viento	calor	humedad	Sequía	Frío
RELACIÓN	Uñas, ojos, músculos	Pulso, psiquis, cerebro	Mucosa oral	Piel, vello	Hueso, diente, pelo
ESTACIÓN DE DOMINIO	Primavera	verano	5ta estación	Otoño	Invierno
ESTACIÓN DE MEJORÍA	Verano	5ta estación	otoño	Invierno	Primavera
ESTACIÓN DE AGRAVAMIENTO	Otoño	invierno	primavera	Verano	5ta estación
TENSIÓN	Abuso de los ojos	Abuso de caminar	Abuso de sentarse	Abuso de acostarse	Abuso de permanecer de pie
TENDENCIA	Llamar	reír	cantar	Gritar	Gemir
ÓRGANO DE LOS SENTIDOS	Vista	gusto	tacto	Olor	Oído

2.2.4 Ruta de construcción

Para saber de la ruta de construcción de una enfermedad debemos saber primeramente que el sujeto no es ajeno a su entorno, está sujeto a éste y por ende su forma de ver y construir el mundo ha de mantener una relación estrecha con lo que lo rodea y lo cruza; así, la historia del sujeto se va a escribir e inscribir en su cuerpo, su acción y su pensamiento y se va a ver enmarcada en su memoria social, cultural, alimenticia y emocional. Una persona común, de este modo, creará una concepción subjetiva de su mundo según los requerimientos que le demande el entorno en el que se desarrolle y según lo que se le demande vendrán las afectaciones orgánicas o mentales correspondientes.

Estas demandas se pueden traducir como los deseos que forma la persona a lo largo de su vida. El deseo lo podemos encontrar en la historia de la persona y se irá formando según las experiencias del mismo o bien según su pasado, el de los padres o de los abuelos. Se puede decir entonces que el deseo es ajeno, que proviene del exterior, del contexto cultural, social y familiar y que puede o no corresponder al deseo propio. Cada familia por ejemplo, tiene un deseo que se planta, se mantiene, se cultiva o bien se cambia y se resignifica, por ejemplo: el deseo de casarse, de tener una carrera; de tener éxito, fama, dinero y poder; pueden dar origen al sufrimiento de la persona.

Estamos inmersos en una cultura que se caracteriza principalmente por el no cumplimiento de los deseos, la sociedad le demanda al sujeto ciertas circunstancias que van en contra de su naturaleza y que lo adormecen. Nos encontramos rodeados de una gran cantidad de estímulos que no nos permiten ver lo aparente, nos ciegan ante una realidad y nos encierran en el principio de control de la naturaleza. El ser humano tiene lo que quiere sin importar si es lo que realmente quiere o si el tenerlo tiene implicaciones negativas para lo que lo rodea. Nuestros cinco sentidos, incluyendo los cuatro comunes y el quinto que es la mente, están adormecidos por la necesidad de poder y porque al haber estímulos a sobremanera no hay forma en que puedan percibirlos. La contaminación ambiental, el exceso de información, la contaminación sonora, la

comida chatarra, entre otras cosas como el andar diario, la sobre exigencia de la sociedad para subsistir, para cubrir las necesidades básicas, hacen que vivamos así como autómatas con necesidades básicas, dejando de lado la trascendencia, la libre expresión del cuerpo.

El ser humano se condena a vivir su condena, la búsqueda de la felicidad en aras de una imposición crea en la persona algo que es contrario a lo que se busca. El querer lograr algo que demanda el exterior se ve reflejado en resentimientos, reclamos, euforia, obsesión, venganza, envidia, etc. y a su vez en el estilo de vida que lleva una persona y que se expresa por fuera (en el rostro, la constitución del cuerpo, las expresiones, el habla, etc) y por dentro (en la afectación hacia los sentidos, los órganos, las emociones, etc). Estas expresiones se mezclan y se derivan de una cultura que no permite el cumplimiento de los deseos. Los deseos, desencadenan frustraciones por la tendencia a tomar acciones para adaptarse a los requerimientos, es entonces que se obliga al cuerpo a formarse, deformarse y/o transformarse. El deseo se articula con la emoción y la emoción afecta al organismo al moverse para cumplir el mismo.

A partir de esto, para entender cómo se expresa un deseo y una enfermedad en el cuerpo tendremos que buscar las emociones dominantes. Las emociones en equilibrio siguen una ruta constante y armoniosa; sin embargo, al haber una alteración en las emociones; es decir, cuando una predomina con motivo de cumplir un deseo, el curso normal se altera y se concentra en algún órgano. Si la emoción no se mueve los efectos serán muy nefastos para el cuerpo y paulatinamente irá acelerando o bloqueando un proceso de deterioro según la intensidad con que se concentre. La emoción es la expresión del deseo y tiene además deseos paralelos para cumplirlo, se apodera del cuerpo y lo hace actuar sin rumbo, como consecuencia se forma un trastorno en las emociones y en los órganos que desencadenan un padecimiento como medio de defensa ante el peligro de la alteración en la armonía de organismo, en esta línea para saber de la emoción alterada tenemos que regresar al deseo por medio del dialogo de la persona que es donde se plantea este.

Una vez que se tiene entendida la parte de las emociones dominantes podemos hablar de la Ley de la generación y de la Ley de la dominancia. La primera nos habla de un ciclo armonioso de las emociones en el que un órgano o un elemento alimenta a otro manteniendo el equilibrio natural de la naturaleza. Así la madera alimenta el fuego, el fuego produce tierra, la tierra genera metal, el metal produce agua y el agua alimenta a la madera. La segunda, la Ley de la dominancia habla de un dominio o control, la madera controla o domina a la tierra, la tierra controla en agua, el agua controla el fuego, el fuego controla el metal y los metales controlan o dominan la madera. Fuera del equilibrio hay un estímulo excesivo de un órgano que puede afectar al organismo, se habla pues de una interdominancia donde existe un estímulo excesivo de alguno de los órganos o los elementos por lo cual puede que sea el caso de que el elemento controlador ejerza un dominio excesivo sobre su controlado, o bien puede que el elemento dominado controle a su controlador dándose un caso de contradominancia.

Estamos hablando de la saturación de los sentidos, de cómo es que la emoción altera al órgano y curiosamente provoca un padecimiento que generalmente es crónico degenerativo; es decir, que va deteriorando la vida de la persona paulatinamente en su afán por evadir los estímulos o defenderse de la emoción que fue desencadenada por un deseo. Anteriormente se sabía de enfermedades infecciosas que eran causadas por un agente externo que venía a hospedarse en el cuerpo sano; sin embargo, hoy estamos hablando de enfermedades que provienen del interior de la persona, pareciera que el cuerpo se ataca a sí mismo en un intento por sobrevivir. Llama la atención además que dentro de las enfermedades que van deteriorando al cuerpo paulatinamente se encuentren aquellas que se depositan en un órgano y aquellas que se depositan en la mente. Pareciera que las enfermedades están pasando por un proceso de evolución, porque si bien es sabido que enfermedades como la diabetes, las cardiopatías, etc. atacan un órgano en específico, a la fecha no hay muestra certera de que algunos trastornos mentales como la depresión o en este caso la esquizofrenia, ataquen una función específica en el cerebro, sí se sabe que hay

alteraciones en la química del cerebro, pero no se sabe a ciencia cierta si esto es causa o consecuencia. El interés en remarcar lo anterior está en que debemos dar la importancia debida a la formación de una enfermedad, el cómo es que se instala en el cuerpo para dar cabida al tratamiento de la misma, no basta con centrarse en el síntoma que se presenta porque al atacarlo solo estaremos administrando un placebo que ha de acabar con el síntoma, más no con el padecimiento. En resumen el deseo se expresa en la emoción, la emoción en sentimiento, el sentimiento en actitud y la actitud en la acción (López, 2011).

CONSTRUCCIÓN CORPORAL DE LA ESQUIZOFRENIA

3.1 Historia de vida

La historia de vida es una metodología de investigación cualitativa que describe e interpreta la narración de vida de una persona, tal narración ha de dar cuenta de la vida cotidiana de la persona y de las construcciones que ésta va haciendo diariamente sobre las acciones que realiza. De tal suerte, este tipo de metodología es uno de los recursos más directos que el investigador tiene para reconocer el cómo las personas interpretan el medio en el que viven y sus experiencias.

En este sentido la historia de vida permite conocer, en parte, la perspectiva de las personas que se interpretan y se definen de maneras infinitas en cada una de las situaciones en las que se ven inmersos. Por su parte, este tipo de investigación considera que las interpretaciones de cada persona se irán formando según la realidad social en que se encuentre el individuo, pero sin dejar de lado el interés por la visión del actor (Chárriez, 2012).

Sobre esta línea, la historia de vida, además de tomar en cuenta el discurso verbal y los eventos, tomará en cuenta el significado emocional de cada una de las experiencias y las relaciones que influyen en las personas; para esto se requiere considerar un sinfín de variables que han de suponer un estudio holístico y, por tanto, sumamente complejo. Tal complejidad implica que este tipo de investigación cualitativa, se ha de adaptar a cada individuo siendo flexible y respondiendo a las demandas de la narrativa suponiendo que, debido a la gran cantidad de interpretaciones que hay en los contextos en los que se ven inmersas las personas, requiere de una búsqueda detallada en la construcción de dichas interpretaciones. Ante esto Chárriez (2012) señala: “se busca conocer, con esta herramienta, cómo se crean las interpretaciones mediante la experiencia, el significado, mantenimiento y participación a través de otras construcciones simbólicas”.

Como se puede ver, las historias de vida priorizan el sentido que cada persona da a sus experiencias, en estos casos no hay un sentido correcto o erróneo, solo se pueden ver reflejadas las formas en que las personas construyen sus propios castillos; es decir, construyen sus propias visiones sobre el mundo que los rodea y el concepto de vida que generan con esto.

Gracias a la infinidad de posibilidades que ofrece esta herramienta de conocer la trayectoria de vida de los individuos, ésta ha sido usada por autores reconocidos como Freud, para el estudio de sus casos o por disciplinas como la antropología, para hallar aspectos sociales, políticos y culturales; además continúa usándose en diversas investigaciones en áreas sociales.

Ahora bien, definimos la historia de vida como una manera de apreciar una narración extensa que contendrá las experiencias de vida en función de la interpretación de cada sujeto; es decir, en función de su propia realidad. Esto se obtiene gracias a un testimonio particular que se obtiene, en algunos casos, por medio de una entrevista que nos dará información sobre la realidad que se ha construido y la realidad de lo social, los contextos, las costumbres y las diversas situaciones que atraviesan a la persona (Chárriez, 2012).

Por otro lado, dentro de la definición planteada, se deben considerar algunos de las modalidades que señala Mckernan(1999) y que engloban a esta metodología como son:

- a) Historia de vida completa, no delimita un tema en específico.
- b) Historia de vida temática, explora aspectos específicos de la vida de una persona.
- c) Historia de vida editada, se crea por una persona ajena al personaje principal y puede ser completa (con sus reservadas limitaciones) o temática.

Con lo anterior podemos ver que la historia de vida es una herramienta esencial para analizar la construcción que cada persona tiene de su propia vida y de los aspectos que cruzan en ella; por ello, para dar cuenta de la construcción de cada

persona que se analizará, es necesario utilizar esta herramienta y con esto conocer el cómo nace o no la enfermedad en los integrantes de una familia y cómo se diferencian las experiencias de vida de cada uno. Con esto, y ya que no habría forma de dar cuenta de las interpretaciones o los aspectos subjetivos por medio de una investigación cuantitativa, se trabajará bajo una línea cualitativa, una entrevista semiestructurada y por tanto una historia de vida temática flexible, que recabe datos sobre la construcción corporal de la esquizofrenia.

3.2 Metodología

3.2.1 Población

Se entrevistaron a 5 integrantes de una familia. Originalmente la familia consta de padre, madre y 5 hijos, pero la investigación se realizó solo con 3 de los hijos, padre y madre que viven en la misma casa. Los nombres de los integrantes fueron cambiados con fines de protección de identidad y confidencialidad y son los siguientes:

José, padre de familia 76 años. (Diagnosticado con esquizofrenia)

Margarita, madre de familia 73 años

Sofía, 2ª hija de 47 años (Diagnosticada con esquizofrenia)

Agatha, 4ª hija de 44 años (Diagnosticada con esquizofrenia)

Mario, 5º hijo de 43 años

3.2.2 Escenario

La sala mide aproximadamente 7 x 4 metros. En esta, están situados 3 sillones, 2 del mismo tamaño a los lados donde se sentaba el personaje y uno más pequeño, en el centro, donde regularmente se sentaba el investigador. Frente a estos sillones hay una mesa de madera de aproximadamente 1 x 2m, y a la vez frente a esta mesa hay un mueble sobre el cual hay un televisor de 20 pulgadas. Del lado izquierdo del televisor, está la entrada a la casa que lleva

también al piso de arriba, mientras que del lado derecho esta una ventana que da hacia la calle.

3.2.3 Aparatos

Se usó una laptop mini HP y la aplicación grabadora de sonidos para las entrevistas, el programa Reproductor de Windows Media para escuchar las entrevistas y el programa Microsoft Word para llevar a cabo las transcripciones de las mismas.

3.2.4 Instrumentos

Se usó la metodología “historia de vida” a través de una entrevista semi-estructurada, hojas blancas y un bolígrafo de tinta negra para hacer las anotaciones correspondientes.

3.3 Procedimiento

1. Los participantes fueron contactados por medio de una persona conocida.
2. Se agendó una cita en casa de los participantes para explicarles las especificaciones del trabajo.
3. En el primer contacto con los participantes sólo se les explicaron los objetivos y la metodología empleada en el trabajo.
4. Una vez que las personas tenían clara la manera de trabajar, se acordó otra cita para hacer la primera entrevista.
5. Se entrevistó individualmente a cada uno de los integrantes de la familia y al término de cada entrevista se negoció el día y la hora de la próxima cita.
6. Las entrevistas se realizaron en un espacio fresco, cómodo, sin distractores y con una iluminación adecuada. Se buscó la forma de estar en una proximidad adecuada con la paciente.
7. Se realizaron aproximadamente 2 sesiones por cada uno de los participantes.

8. Las entrevistas tuvieron una duración flexible dependiendo que cada integrante.
9. Una vez completada la entrevista se procedió a realizar la transcripción de la misma con la ayuda del programa Reproductor de Windows Media y del programa Microsoft Word de la mini laptop HP en la que se transcribió el relato de los participantes sin alguna modificación y en la que se incluyeron aspectos importantes dentro del discurso de los participantes como gestos o entonaciones relevantes.

3.4 Resultados y Análisis

Ya terminadas las entrevistas se encontró un común en algunos aspectos. Llamam la atención primordialmente las enfermedades de cada uno de los integrantes de la familia que se relacionan con la figura uno que muestra el camino que toma la enfermedad dependiendo del órgano que se ve afectado. A continuación se desglosan algunas categorías que resumen las tendencias que siguió está familia para la construcción o no, de la enfermedad en cada uno de sus integrantes:

CATEGORÍA	DEFINICIÓN		
<i>Emociones y sentimientos</i>	<i>Miedo</i>	<i>Ira o enojo</i>	<i>Rencor u odio</i>
	Es la sensación de alerta que se da en una persona ante alguna situación que la incomoda.	Es la sensación de molestia o disgusto ante alguna situación.	Rechazo o aversión constante hacia algo o alguien.
<i>Concepción de enfermedad</i>	Es el significado que cada integrante tiene para describir la esquizofrenia sin importar que la viva en carne propia o no		
<i>Padecimientos</i>	Señala los padecimientos físicos que afectan la salud de cada uno de los integrantes y el común denominador que caracteriza a la familia en general.		

CATEGORÍA	DEFINICIÓN		
Pobreza y carencias	Se refiere a la falta de recursos necesarios para cubrir las necesidades básicas de los integrantes de esa familia, que abarcan ámbitos como: alimentación, vestimenta, educación y vivienda.		
Alimentación	Habla de los alimentos que se ingieren por la familia generalmente, además de los hábitos y circunstancias que acompañan la hora en que se consumen los alimentos.		
Familia rígida	Creencias sociales	Sexualidad	Relaciones de pareja disfuncionales
	De acuerdo a la época y el contexto, se habla de los estándares que se arrastran desde generaciones anteriores y que se encarnan en la familia para satisfacer el deber ser.	Se habla de la forma en la que se habla y se ejerce la sexualidad dentro de la familia, la falta de información y los tabúes que se arrastran por generaciones.	Dentro del marco de la familia rígida y con estándares marcados por otras generaciones se habla de relaciones de pareja disfuncionales que se mantienen por las creencias sociales y lo que se entiende en la familia como el ejercicio de la sexualidad.
Rechazo, incomprensión y falta de reconocimiento por parte de los padres.	Esta categoría habla de la forma en la que reaccionan los padres ante los hijos y se centra en el reconocimiento hacia los logros de los mismos y la falta de atención desde etapas muy tempranas en el desarrollo.		
Búsqueda de otra persona por el maltrato y para satisfacer el rechazo y la falta de reconocimiento por parte de los padres.	Hace referencia al papel que juegan algunas personas para llenar o satisfacer el vacío que generó el rechazo, la incomprensión y la falta de reconocimiento por parte de los padres.		
Deseos y frustraciones	Los deseos se entienden como las aspiraciones de cada uno y las frustraciones como lo que genera el no poder cumplir los deseos		
Evasión de situaciones difíciles	En este apartado se habla de la elusión de un suceso que pudiese demandar un grado de esfuerzo extra para sobrepasar alguna dificultad.		

3.4.1 Descripción del contexto (casa):

La casa dónde viven los integrantes de la familia entrevistada se encuentra ubicada en la delegación Lázaro Cárdenas, cerca de río de los remedios y cuenta con todos los servicios públicos y sanitarios. Las paredes y el piso de la casa son de concreto y en su mayoría presentan cuarteaduras o grietas, el ambiente es templado durante el día y muy frío durante la noche. La casa huele a insecticida y a orines, debido a que uno de los integrantes de la familia -el padre- sufre de problemas renales, él se encuentra siempre sentado en la sala y no tiene buenos hábitos de higiene. La casa tiene 3 pisos, en los cuales se incluye un patio amplio donde hay árboles como granada, pino y zapote; en este amplio espacio habitan 3 perros y 4 gatos que regularmente sufren problemas de estómago. La familia se queja de abundantes plagas como cucarachas, ratones (que ellos suponen vienen de un maderería que está cercana a la casa) y hormigas. La comida que está fuera del refrigerador —frutas, verduras o guisados— regularmente se pudre en un corto periodo de tiempo y por último, la mayoría de los espacios de la casa en el día son oscuros.

3.4.2 Pobreza y carencias

Esta familia se forma en el estado de Hidalgo en una zona rural de bajos recursos y se muda a la ciudad de México al lugar actual bajo la misma condición, por lo cual la alimentación y la falta de cuidado en la natalidad, hacen que la familia sea numerosa -7 hijos- y la alimentación precaria. Como resultado de esto también, la familia se cambia de casa constantemente a lugares que exigen una renta o que son de familiares por lo que la vivienda no es la adecuada especialmente porque ya que no se puede pagar bien, es reducida para el número de hijos. La vestimenta de los niños es la suficiente, pero hay constantes quejas de los hijos por el calzado que no es el adecuado, a pesar de esto, la madre ve los medios para poder tener cobijo para sus hijos. La madre se ve obligada a trabajar y dejar a los niños solos porque el padre además de no aportar capital y derrochar las ganancias en alcohol, es encerrado en la cárcel por asesinato al nacimiento de la segunda hija (Sofía). Además los hijos mayores

empiezan a trabajar desde etapas tempranas para poder mantener a su familia, el hijo entrevistado por esto deja de estudiar concluyendo solamente la secundaria.

Agatha- “Con mi mamá y mis hermanos en un cuartito. De hecho antes solo era un solo cuarto, no había separación de cocina, baño. Era un solo cuarto, nada más ahí era la cama para dormir... la estufa ara guisar... y la... mesa para sentarse”

Sofía- “en San Cristobal Ecatepec, con el papá de mi papá, se supone que ahí, nos fuimos, pero andábamos en todos lados”

Sofía- “Lo que podía comer mi mamá, un bolillo con... ¿cómo se llama?... con... plátano, frijoles, sopa, igual que yo. Aunque a veces trabajaba en las casas y le daban de comer. Antes trabajaba en cocinas y le daban de comer, dependiendo de donde trabajaba es como le daban de comer, es cómo comía”

Sofía-“y mi papá quería revolvernos con sus amigotes de cantina y viejas, señoras de la vida galante, y eso a mí me molestaba. Y se gastaba todo su dinero con sus amigos, con los de la calle, con los drogadictos, borrachos, mantenidos, gente de lo peor se gastaba su dinero, y nosotros sin zapatos, sin escuela; si queríamos escuela teníamos que esforzarnos y hacer un extra para ir a la escuela, mi mamá tenía que trabajar para mantenernos, y darnos lo indispensable; odio las tortas de pasta... odio la sopa de pasta porque me recuerda mucho a esa época; los frijoles negros, todavía te los pasó, pero son un recuerdo muy desagradable, el plátano; para nosotros no había frutas, no había verduras”

José- “has de saber que estuve en el bote 10 años [...] Por matar a un ladrón...”

Mario- “Por la precariedad de...de la vida. Bueno, aparte teníamos que ocuparnos en algo, teníamos un cuartito, ¿qué será? Hmmm... como de 4 x 4.

Entonces pues teníamos que ocuparnos en algo, y no sé a quién se le ocurrió la brillante idea de que nos metiéramos a trabajar. No creo que haya sido yo...”

Mario-“Uy... pues empecé a trabajar a los 3 años...Pues trabajábamos en una fábrica de tabique. Trabajábamos mi hermana y yo. Nos pagaban 80 centavos por un millar de tabique, y ochenta centavos, haz de cuenta que ahorita son como 80 pesos, no, menos... o... no. Sí, como 80 pesos; si lo convertimos a la moneda actual eran como 80 pesos, así que imagínate lo que podías hacer con 80 pesos, más con nosotros que éramos 5 y cuidando al bebé”

Mario- “Pues...terminé la secundaria en horarios normales, mis calificaciones fueron finalmente bajas, por la situación de que había que trabajar; pues llegas a las 9 de la noche ya totalmente cansado, con ganas de dormir, y hacer tarea...pues como que no. Pase mis materias,”

3.4.3 Alimentación

La familia consume un alto grado de carnes rojas, comida salada o condimentada muy picosa. Las únicas frutas que se consumen son manzana amarilla, papaya y plátano. Rara vez se consumen verduras y si se hace, son verduras hervidas.

José-“Tamales, como siempre. Los tamales de guisado, los rojos.”

Sofía- “había veces que mi mamá no tenía comida y la vecina nos invitaba a comer, y conseguíamos todos los caracoles que encontrábamos (lo dice sonriendo) y, este... los juntábamos del monte en cubetitas, y la señora los ponía a hervir, ponía una olla, le echaba ajo y cebolla, y los ponía... en agua... ya que estaban hirviendo, ya que estaba hirviendo el agua, los echábamos ahí, ya los sacaba y los ponía en el comal”

Sofía-“O sino los, unos... unos gusanos rojos que traían los magueyes, o los chapulines, también juntábamos muchos chapulines del pasto y, este... los echábamos en nuestra... cubetita, ponía también ajo y cebolla y los ponía ahí, y

todos los chapulines empezaban a brincar y les ponía una tapa, entonces cuando ya estaban cocidos... los ponía a dorar en el sartén y les ponía limón y sal”

Agatha- “Tenia 3 comidas al día. En la mañana era el desayuno... En la tarde era sopa de fideos, a veces guisado; por ejemplo: retazo de res o patitas de pollo, la leche nunca faltaba, por más que la detestaba nunca faltaba la leche... patas, mollejas, o a veces tortillas hechas a mano, algo así como sopes que nos hacía mi mamá, o torrejas. En la mañana normalmente era la leche, el café, bolillo y tal vez un poco de guisado que haya sobrado un día antes. En la tarde era la comida... que se hacía normal... ya te comentaba. Y en la noche, leche y pan, café con leche y pan...” (bosteza)

3.4.4 Maltrato y abandono familiar

Todos los miembros de la familia sufren maltrato por parte de sus familiares más cercanos desde edades tempranas, además desde muy pequeños son descuidados y casi abandonados por sus padres. José y Margarita son descuidados por sus padres, el padre de Margarita muere cuando ella es pequeña y en la etapa de la adolescencia José es cuidado por sus tíos, a pesar de que sus padres aún viven. Al tener hijos José, sufre problemas de alcoholismo y abandona a los niños por temporadas, mientras que la madre Margarita debido a las largas jornadas de trabajo, presta muy poca atención a los niños.

José:

José sufre maltrato verbal en la adolescencia por parte de su padre y de su madre. Nunca señala tener maltrato físico, pero puede que lo haya omitido. En el dialogo se puede ver el rechazo que sufre por su madre. Además, hay que destacar que en la etapa de la adolescencia, los padres lo dejan a cargo de sus tíos.

José-“O sea, le pegaba a mi madrastra y alegaba que andaba yo con ella...y este... Bueno no puedo hilvanar bien mi pensamiento... este...es un desmadre completo...pero más o menos, ¿me vas entendiendo?”

José- “mi madre por lo consiguiente me escondía la comida, cuando iba yo a visitarla...”

Margarita:

Por el discurso de los hijos y de la entrevista realizada al padre, podemos decir que la madre sufrió maltrato por parte de sus hermanos, de su madre y de su esposo, además de una violación sexual.

José- “ella también sufrió mucho...por que como se crio entre puros hombres, luego su hermano fue jefe de armas, y este tenía armas a su cargo tenia gente. Y este... ..pus de mujer la maltrataban”

Sofía- “siempre ha habido discriminaciones aquí desde que tengo uso de razón, como mi mamá fue abusada sexualmente, entonces esos tabúes, nos los fue transmitiendo a nosotras desde pequeñas”

José- “Mi papá siempre... la maltrataba psicológicamente. Le decía que era quién sabe qué, que hacia no sé qué tanto, que era no sé qué tanto y mi mamá se quedaba callada”

Sofía:

La hija mayor sufre de muchos maltratos verbales, psicológicos y físicos por parte de sus padres, de sus tíos, de sus hermanos, de otros familiares y más delante, de su esposo. Ella a lo largo de su vida crea la idea de que es fea y torpe.

Sofía- “como mi mamá trabajaba, todo mundo me hacia el feo porque casi siempre era muy torpe para caminar, muy lenta, muy... no sé cómo”

Sofía -“me caía yo, o sea, me desvanecía de repente, o sea me daban como convulsiones y me desvanecía en el piso, entonces le decían a mi mamá que para que se me quitara eso que me echara agua, y un día me echo el agua de los pañales de uno de mis hermanos y de ahí se me quito la maña de andarme desmayando”

Sofía - “a mí todo el mundo me pegaba, mis tíos, mis parientes, mis primos, todo mundo quería pegarme”

Sofía- “Se molestaba mi mamá porque era muy torpe, que me embarraba, que me llenaba de tierra, que todo esto, aquello, que me mojaba, que... pues le dábamos más trabajo entonces, nos ponía unas, pero de marca diablos [...]porque no me soltaba, me daba, me daba y me daba hasta que se cansaba...”

Sofía- “siempre andaba... “la mugrosita” “la feíta” y yo siempre me creí mugrosa y fea, la demás gente me decía así”

Sofía-“no me daba gasto para cosas que él consideraba que no eran necesarias, o sea me controlaba económicamente” (hablando de su pareja)

Sofía-“Me menospreciaba como mujer, no sé... o sea... hasta qué punto echarme la culpa” (hablando de su pareja)

Agatha:

Está hija a pesar de ser menor que la anterior, aún sufre de maltratos por parte de sus familiares cercanos. Destacan en su historia, las fuertes golpizas por parte de su madre, el rencor hacia su abuela por el maltrato que le dio y la violación sexual por uno de sus tíos.

Agatha-“me pegaba una madrizas buenas, no sabía porque me pasaba eso, entonces solo me golpeaba hasta que sangraba” (hablando de su mamá)

Agatha-“La tía me molestaba mucho, me decía tonta, cochina, sucia, hija de quién sabe quién. Otro de mis tíos fue el que me violó (con lágrimas en los ojos y un nudo en la garganta). Cuando llegaban los reyes magos; los primos, los tíos se encargaban de pasarnos en frente... sus lujos que les habían comprado a sus hijos, mientras nosotros no teníamos que conformar con ropa interior y de la peor calidad...”

Agatha-“lo que no me hacían mis tíos me lo hacia mi madre, me lo hacía con mucha saña (con lágrimas en los ojos) y aparte me humillaba, me maltrataba, me ofendía. Era muy difícil ser niña.”

Mario:

Siendo el hijo más chico, considerando sólo a los que viven en casa, él sufrió también maltratos por parte de sus tíos, golpes de su madre y de su padre..

Mario- “mi papá solo me pegó dos veces, cuando... un correctivo nada más, o sea, nunca me pegó asi. Pero mi mamá si, casi a diario...”

Agatha- “A mi hermano le zafaron sus brazos, lo aventaban, le pegaban lo arañaban; las primas, los tíos y él siempre fue necio, no entendía”

3.4.5 Familia rígida

3.4.5.1 Creencias sociales

La familia carga las creencias de generaciones pasadas, así esta mediada fuertemente por el “qué dirán”, por el concepto que le dan a las creencias o tendencias sociales que, de no seguirse, pueden ocasionar un juicio no deseado. Esto se debe a que la familia es matriarcal y la madre impone mucho lo que se debe creer o hacer. En este apartado se puede hablar fácilmente de la tendencia de la época a conservar el matrimonio y a los roles que le corresponden tanto a hombres como mujeres. De la madre se dice que ella intentaba mantener el matrimonio a pesar de las adversidades, además se habla de la pérdida de identidad que impone a los hijos porque busca que ellos cumplan el estándar que marca la sociedad en la época dándole mayor énfasis al rol que deben desempeñar tanto hombres como mujeres.

José- “y la culpa yo la echo a que les exige mucho a sus hijos, y este... no los deja expresarse, toda la vida sobre de ellos, ¡esta cabrón!...”(hablando de Margarita)

José- “digo por la cosa de que estaban de por medio mis hijos, tampoco la quise dejar por lo mismo de que estaban ellos”

Sofía- “mi mamá siempre hizo su voluntad, a final de cuentas ella creía que era lo mejor que tuviéramos papá, pasara lo que pasara y sucediera lo que sucediera, ella siempre iba a tener un esposo...”

Sofía- “se supone que un hijo no debe saber más de... dice mi madre... de lo que pasa en casa, pero eso no me importa, en última instancia lo importante es que este yo bien”

Sofía- “ella no quería que yo tuviera un trabajo de hombre, quería que yo fuera maestra o enfermera, pero no... todas le dieron gusto menos yo, como Agatha, ella si... ella si fue maestra”

Sofía-“y mi mamá estaba necia, de que yo estudiara otra cosa, pero como a mí me gustaba, pues me decía: - “¡estás loca!” y no sé qué y no sé cuánto, pero con mi mamá siempre fue, pelea tras pelea, tras pelea. Me decía que estaba loca que tenía que estudiar una carrera de mujer, no de hombre”

Agatha- “si pero, sus pinches hijos no agarraban un plato porque así los enseñó, entonces a mí me tocaba hacer lo que ellos no hacían y limpiar sus porquerías. Nos decía que teníamos que hacer lo que hacen las mujeres y aprender a servir a los hombres desde ahorita...”

Sofía- “mi padre siempre tenía pretextos para no darme un quinto, y mi abuela decía que como éramos mujeres por qué nos tenían que dar dinero, si nosotras éramos mujeres y además no teníamos derecho a estudiar, que a nosotras nos iban a mantener, que no tenía por qué darnos dinero, y mi papá no sabía ni de donde salía una libreta (hablando de la mamá de su papá)”

Agatha- “Le decía a mi mamá que nos sacará de la escuela, que nosotras por ser mujeres no debíamos estudiar, que nos estábamos acabando a mi papá (hablando de la mamá de su papá)”

Mario- “De hecho mi madre no me deja lavar un calcetín, no me deja lavar un traste y fue a causa del abuelo: -“A mi hijo no lo vas a poner a lavar un traste”, a mí me llegaba con un lazo, me colgaba mi columpio, me iba a trabajar con él varios días, inclusive, mi primer tequila fue con él, mis primeros tragos de tequila... (hablando del papá de su papá)”

3.4.5.2 Sexualidad

La cultura en la que fueron criados los hijos estuvo mediada por la madre que, a su vez, creció en una zona rural donde se da gran importancia a la moral, se guardan muchos tabúes en torno a la sexualidad y se le da un lugar inferior a la mujer por las tendencias machistas y hasta misóginas que se tienen en este tipo de culturas. La sexualidad es un tema que no se trata, la madre fue abusada sexualmente al igual que la hija Agatha, pero se habla poco de eso. Además es muy difícil para la hija Sofía, quien es la mayor, hablar de sexualidad. Cabe resaltar que entre los hijos, el tabú alrededor de este tema se reduce si el hijo es menor y si por supuesto es hombre.

Sofía- “como mi mamá fue abusada sexualmente, entonces esos tabúes, nos los fue transmitiendo a nosotras desde pequeñas”

Sofía- “yo no podía hablar de sexo, no podía hablar de cosas así, y ahora he estado un poco más abierta a expresarlo, a decirlo; antes me causaba problemas...no me siento muy cómoda hablando de ese tema, a pesar de que ya lo he tratado, lo he manifestado mil veces, ese tema para mí es siempre una piedra en mi camino, y me ocasiona muchos problemas”

Agatha- “¿La sexualidad? ¡ah!, para mí es divertidísima experimentar la sexualidad es como un chocolate rico. Se divierte, se la pasa uno bien y no hay consecuencias”

Mario- “Imagínate, tenía yo 17 años y alguna ocasión me encuentra un par de condones en la chamarra y me dijo:- “ ¡A ver, hijo de la chingada ¿qué es

esto?! Y que le digo:- “Ay vieja, a tu edad y todavía no sabes qué es” jajaja...Lejos de darme una reprimenda, me dijo:- “Estoy de acuerdo que te cuides”, ¿no?”

3.4.5.3 Relaciones de pareja conflictivas

Los padres tienen una relación conflictiva comenzando por el alcoholismo del padre, su encierro en la cárcel, los engaños, el maltrato psicológico hacia la madre y su anterior forma de derrochar el dinero. La falta de interés en la relación por ambas partes se nota en el dialogo y se enmarca en una imposición social de la época en que ellos nacieron en la que no está bien visto el divorcio. Además también la hija Sofía, presenta una relación disfuncional con su ex esposo, pues asegura ser víctima de mucho maltrato psicológico, lo que contrasta con los otros dos hijos pues hija Agatha busca a una pareja completamente diferente a su padre, mientras que el hijo prefiere quedarse soltero.

José- “nos volvimos a reconciliar después de la cárcel. Que ya no fue la misma vida, ya fue... otra cosa muy distinta, pues ya había andado con... no sé cuántos hijos de la jodida, con perdón tuyo, ya no...ya no fue lo mismo, pero... por la...niña, ya no me pude chispar como quiera... ahí nomás... aguantando la peña como buen pendejo, pero de todos modos ahí quede... ahí este me llamaba cuando iba, me dice:- “ te habla tu mamá” y que le digo -“!no, vámonos a la chingada!”. Y de ahí me agarro para quererme traer del rabo, y dije: -“!no, a la chingada!”... Ya nos dejamos, pero estuvo 15 días sin comer, sin dormir... la otra mujer que tuve”

Sofía- “Mi papá siempre... la maltrataba psicológicamente. Le decía que era quién sabe qué, que hacia no sé qué tanto, que era no sé qué tanto y mi mamá se quedaba callada, y casi siempre esa por el pleito de que no llegábamos a tiempo, cuando ella estaba en la casa, cuando no llegábamos... o sea como mi mamá trabajaba ella veía de qué manera nos llevaba a ver a mi papá, desde que tengo uso de razón...”

Sofía- “...y yo hacía mis cosas normales dentro de lo que podía, me encargaba de la casa, de mis hijas, de que tuvieran sus alimentos a sus horas, de

un esposo, que a veces era demasiado controlador, si no se hacían las cosas como él quería, no me daba dinero, me... sometía, me hacía sentir mal, hablando de mi con las otras personas, llegue hasta tenerle pánico a las personas”

Agatha- “¡Ah! Y mi esposo, no me acordaba jajaja (lo dice en respuesta a la pregunta ¿quiénes son tu familia?)”

Agatha- “No quería una persona que tuviera las mismas características que tenían, el esposo de mi hermana Sofía, o el esposo de mi otra hermana, que eran agresivos verbales, no quería eso en mi vida, quería un hombre que me aceptará como soy; con el carácter que tengo, o al menos es lo que creo, o al menos es lo que dicen (pausa larga)”

Mario- “hasta la fecha no me he casado, no quiero casarme”

3.4.6 Rechazo, incomprensión y falta de reconocimiento por parte de los padres

El rechazo y la falta de reconocimiento tanto de los padres como de los padres de los padres es un común denominador en esta familia. El padre de esta familia no se hace cargo de los hijos, no les brinda apoyo psicológico, moral u económico, además de que tiene un papel poco relevante en la crianza o la educación estos por sus largas ausencias, su alcoholismo y su enfermedad. Por el contrario, la madre en el poco tiempo que le queda después de las largas rachas de trabajo, se ocupa de la impartición de valores y creencias, de la manutención económica y de la crianza en general con golpes.

José:

El hombre pasa por el rechazo de su madre lo cual se da a notar pues él señala que su madre nunca se hizo cargo de él y que su padre difícilmente lo cuidó, por consiguiente no recibió muestras de cariño de sus padres, además de que al parecer fue abandonado por su padre después de terminar la primaria. Además, él relata que su padre le cedía la responsabilidad de mantener a la familia a causa de un accidente que tuvo en el que se lastimó la pierna. De boca

del entrevistado sabemos también que no obtuvo un reconocimiento de sus padres por sus logros, lo que se agrega al que a pesar de ser muy bueno en la escuela la deja por el accidente que tiene su padre.

José-“... muy fría, nunca se hizo cargo de mí.” (hablando de su mamá)

José-“porque de mi pa’ nada merecía ni un lápiz, ni uno nada, mi madre por lo consiguiente me escondía la comida, cuando iba yo a visitarla...”

José-“Estudie en la... o sea estaba yo en la secundaria 14...no, está cabrón.... Se cayó de lo de albañil y se lastimó entonces lo operaron y no podía trabajar... no podía trabajar... y entonces pues yo tenía que haberme hecho responsable de la casa...”

José-“... me dieron el... a la escuela le dieron el...una camioneta de... de libretas, colores, lápices, y este ... no pues yo llegando de la escuela número uno, ¿te imaginas? No pues lleve a lo alto el nombre de toda la escuela, y este ...aparte de eso me dieron, como premio para mi....El, éste...el... examen de tercero...lo pase...terminé, mi primaria en 5 años... luego me fui pa’ el pueblo y mi padre se olvidó de mi... y ya valió grillo...Si iba yo bien, pero... pues ya no había de otra... yo tenía puro 10, no había una calificación de 9 puro 10...hasta le traje un... este ... una libreta a mis hijas, a mis hijos, para que lo vieran”

Margarita:

De la madre sabemos que sufre un rechazo por muchos de sus familiares, pero sobre todo por parte de su propia madre, lo cual se suma a que el contacto con su padre es muy poco porque éste muere cuando ella es muy pequeña:

Sofía-“Pues murió cuando mi mamá estaba pequeña, dicen que se cayó en una rama y que tuvo problemas con su... con sus zonas genitales, y murió de los dolores” (haciendo referencia al padre de su madre)

José-“con tanto desmadre no la podían ver en su casa, por lo mismo de que tiene el carácter muy fuerte”

Sofía-“su madre no la quería porque era morena...”

Sofía:

Sofía habla de la falta de reconocimiento y falta de valoración por parte del padre, además de que su madre le da muestras de desprecio desde pequeña, no sé interesa por los desmayos que tiene de pequeña y más tarde, no la cree capaz de lograr muchas cosas.

Sofía- “como mi mamá trabajaba, todo mundo me hacia el feo porque casi siempre era muy torpe para caminar, muy lenta, muy... no sé cómo decirte; mi mamá... le molestaba que me pusiera un calzón tras otro y luego me los rompía...; otra cosa que me hacía mi mamá que me hacía llorar, por ejemplo, cuando estaba yo chiquita, este... le dijeron que no tenía nada, que me desmayaba, con cualquier cosa fuerte que me pasaba. Yo me... me caía yo, o sea, me desvanecía de repente, o sea me daban como convulsiones y me desvanecía en el piso. Entonces le decían a mi mamá que para que se me quitara eso que me echara agua, y un día me echo el agua de los pañales de uno de mis hermanos y de ahí se me quito la maña de andarme desmayando”

Sofía- “...yo tengo muchos malos recuerdos, y lo que me dolió más es que yo había hecho el esfuerzo de hacer un restirador y eso me dolió más que otra cosa, que no vio mi esfuerzo, que no vio lo que hice, nada y mató un puerco encima de mi restirador, y no conforme con eso hizo una caja de herramientas con el mismo restirador. Después de haber visto el sacrificio que hice para levantarme allá afuera con el aire, con el frío, con todo, para salir adelante y nunca vio mi sacrificio, nunca vio lo extra que yo hacía” (hablando de su padre José)

Sofía- “y luego con mi primer pago yo buscaba saber que había un plato de frijoles, un plato de lentejas, habas, cosas así, aquí en la casa... y mi mamá me acuerdo que me dijo “¡estás loca!, en qué te gastaste tu dinero recabronsisima, ves que no alcanzan las cosas y tú comprando mugres” y pues como siempre me regañaba, pues ya qué, era parte de lo que hacía mi mamá siempre...”

Sofía- “mi tía vendió esta casa, y ya se la había ofrecido a otra señora, entonces le dije a mi papá que las compráramos y me dijo: “ ¡¿estás loca, cómo crees?, ni vas a poder con los gastos!, luego yo tengo que hacer las cosas” y ah cosas así... “y yo tengo que pagar, y a penas gano para mis cosas, y yo no voy a pagar nada, y tú a ver cómo le haces, que te metan a la cárcel”

Agatha:

El rechazo se da a notar cuando esta hija dice que su madre le mostró mucho desprecio y maltrato a lo largo de su vida, luego podemos ver la incompreensión, pues aunque fue violada, su madre en lugar de apoyarla, le pegaba porque no sabía que tenía. Además, ella señala que al enfermar gravemente su madre, no le es posible concluir su tesis a pesar de haber sido una persona destacada en el estudio, esto porque dice que muchas de las responsabilidades de la casa terminaron a su cargo porque su madre nunca le enseñó a sus hermanos a hacer labores en el hogar.

Agatha- “desde bebé mi madre me abandono, sino hubiera sido lista me hubiera muerto, además sufrí de violación antes de los 3 años y como sufría enuresis y mi madre no sabía lo que tenía pues me pegaba”

Agatha- “Ya no podía con la situación, tenía que atender a mis hermanos porque mi mamá los tenía malcriados y no podía por eso seguir con mi tesis, ya tenía todo, pero no la situación, no pude...”

Mario:

El hijo enfatiza sus capacidades y a la vez habla del empeño de su padre por menguar sus alcances. Dice tener un conflicto constante con su padre y una gran falta de atención por parte de él, además de un fuerte desprecio y falta de fe en sus capacidades. Él señala que su madre no podía hacerse cargo de ellos por la situación de pobreza en la que vivían y las ausencias constantes de su padre. Éste hijo habla de la carga de responsabilidad que le es cedida después de que su padre cae en depresión.

Mario- “Inclusive me destaqué, fíjate, tenía yo 14 años, 15; el dueño de la compañía, incentivaba a la gente de la siguiente manera; cada mes, o sea, te pagaban un destaco [...] el que presentara más trabajo con mayor calidad, o sea: era rapidez, limpieza y todo. El que cumpliera con esos términos, le doblaban el sueldo de la semana en curso [...] me gané 6 veces consecutivas el premio, a los 15 años. ¿Por qué? [...] porque tenía que hacerlo, porque veía, volteaba y pues el viejo nada más decía: -“pues, mijo chulo, pues no tengo” [...] deje esa empresa, por la situación de que el señor se dio cuenta de que, pues bueno dijo:- “pues quién es ese maestro, quiero conocerlo, quiero conocer ese maestro que pues es el mejor de cinco mil trabajadores que tengo, es el mejor”. Entonces voy con él [...] bueno el señor me propuso que, él sería mi tutor, que me iba a dar escuela, me iba a educar, dentro de la, este... profesión de construcción, me iba a mandar a la escuela y de más. ¿Qué sucedió?, que el viejo, el ya sentir que tenía una mina de oro con su hijo, se, este...lo fue a amenazar de muerte. Entonces el señor ya no me dio trabajo”

Mario- “pero ¿qué sucedió?, que el viejo se dio cuenta de que ya no tenía la necesidad de trabajar y me soltó a la familia. Él cayó en depresión y, como siempre, me encerré en la lectura por la situación de que me liberaba del estrés”

Mario- “me ha corrido de la casa un sinfín de veces... Me ha retado de todas las maneras que tengas idea. Me ha retado dentro del trabajo, me ha retado dentro de la vida familiar, dentro de la vida familiar, me ha retado de hombre a hombre. Y lo he manejado de una manera, de que cuando estoy aquí anda muy tranquilo, le das un trago y se calma. O sea, lo que sucede es que no tienes por qué estar, este...poniéndote a la altura de las necesidades de cada persona, tienes que lidiar desde tu propia manera. Pero es totalmente difícil, porque imagínate, una persona de 17 años, convertirse en la guía de la familia, cuando todos son muy conflictivos, el único que no me dio problemas fue mi hermano el más chico”

3.4.7 Posible búsqueda de otra persona por el maltrato y para satisfacer el rechazo y la falta de reconocimiento de los padres

Estas personas a pesar de sufrir muchos maltratos por parte de sus propios padres y de familiares cercanos, hablan con gran cariño de una persona a la que extrañan. Curiosamente la hija Sofía, que es la que sufrió un maltrato por muchos de sus familiares, habla de más de una persona a la cuál aprecia, pero que en su tiempo pareció ser el refugio a la situación que vivían por el cambio que había en la actitud hacia ellos. En general, a excepción de la madre (de quien no se tiene mucha información) y de la hija Agatha, pareciera que ellos buscan una forma de menguar el dolor que les causa el maltrato, el rechazo y la falta de reconocimiento que sufrieron.

José:

El padre habla del gran cariño hacia sus tíos, a pesar del marcado abandono por parte de sus padres, sus tíos lo educaron y le dieron lo necesario para vivir y desarrollarse.

José- “Te digo, pues mi tío era el hermano de mi padre y si pues...este..., el pobre viejo crio a mi padre, me crio a mí y a todos sus hijos, ahí los tenían, este... morían y los enterraban enfermaban y los llevaban al doctor porque mis papas para pura chingada sirvieron”

Sofía:

Ella se refugia en el amor de su abuela materna, de sus tíos y de su hermana mayor. Después de ser atacada y criticada por muchos de sus familiares, ella se encuentra con el apoyo y el reconocimiento de estos familiares.

Sofía- “Mi tío Herminio me quería mucho, por ejemplo, luego me iba a buscar pan de dulce ahí en el bote de los puercos, y mi tío me daba para que me fuera a comprar uno”

Sofía- “Ella me peinaba, me decía que yo no era fea, que era ¡la más bonita del mundo!, me hacía mis trenzas” (hablando de su abuela)

Sofía- “y entonces mi hermana fue que se casó, y ya no tenía quién me defendiera y me tenía que rascar con mis propias uñas, y sentí muy feo...”

Agatha:

Ella solo habla de la pareja con la que se casaría, pero no enfatiza mucho un aprecio hacia esta persona, realmente a lo largo de su vida no habla de alguien que satisfaga su falta de reconocimiento y rechazo.

Agatha-“Y en el caso de la pareja que me pidió matrimonio, pues yo la idealice, y con el tiempo, me di cuenta que era un ideal el que tenía, mas no era la persona que era. Entonces no es que el me hubiera engañado, es que ¡yo, me engañé!, llegue a esa conclusión”

Mario:

El hijo convive mucho con su abuelo paterno que reconoce sus capacidades y da valor a todo lo que hace y los logros que tiene desde pequeño.

Mario-“...el viejo Gargas, porque prácticamente con él me crie. Mira, el apodo que tengo lo tengo desde los 3 días de nacido y me lo puso Gargas, el abuelo. Mira, cuando se enteró que la vieja estaba embarazada pues la corrió de la casa y fuimos a vivir a la casa de enfrente, ahí nací y él se enteró de que había sido un varoncito, fue me vio y dice mi mamá que le sonreí, pues le doble el corazón al viejo. Pregúntale a cualquiera de mis hermanos, a la familia de los hijos del abuelo, a sus nietos ¿Cuándo les dio una muestra de afecto?, pues no [...] Me sentía muy a gusto con él, dicen que éramos almas gemelas; pues posiblemente, posiblemente, pero era mi abuelo [...]yo conviví mucho con él, fui el único de sus nietos que convivió con él, el único, nadie, nadie, nadie...Él decía que la única tristeza que le daba, era que no me iba a ver a los 40 años, ¿por qué? porque es la edad estipulada para él cómo un adulto: – “Viejo ya tengo 27 años”. – “Sí, pero ¿Quién eres?”. – “Tú dime quién soy, ¿soy tu nieto”. –“No, eres un niño. Cuando tengas 40 años, ya vas a ser un hombre y me da tristeza que no te voy a ver”...

3.4.8 Deseos y frustraciones

El mismo rechazo y algunas situaciones que estaban fuera del control de los entrevistados los llevaron a crear deseos que no pudieron ser cumplidos y se significaron en frustraciones. Muchos de estos deseos y frustraciones están ligados con la forma en la que fueron educados, las reglas rígidas y las creencias sociales que se les inculcaron desde pequeños, de ahí tal vez venga el que el sueño de ellos sea tener una familia como se acostumbraba anteriormente y también el que culpen en gran parte a los padres, a una situación ajena o bien, a algún otro familiar. Entre los deseos se encuentran el tener hijos; por parte de la hija Agatha, el tener una familia; por parte de la hija Sofía, el tener un buen trabajo en el cual sean reconocidas sus capacidades; lo cual desean tanto padre como hijo y; el tener dinero suficiente y una familia unida, el cual también parece ser el deseo de la madre.

José:

El padre después de la situación que vive con sus padres deja el estudio y el trabajo, a pesar de que estos temas eran de gran interés para él. Dentro de la conversación el enfatiza mucho las habilidades que no pudo desarrollar y las cosas que pudo haber hecho, como estudiar siendo destacado y trabajar en telégrafos o de maestro para vivir mejor, señala que hubiese podido lograr más cosas de no ser por la presión de su madre y de su padre. Ya en su etapa adulta el hombre culpa a su esposa de la falta de interés hacia sus hijos, de su enfermedad y su alcoholismo. A pesar de esto se sabe por el dialogo que sus delirios aparecen antes de que conozca a su esposa mientras se encuentra presionado por las responsabilidades que le otorga su padre aunque después de un tiempo reaparecen los delirios porque no puede hacerse responsable de sus hijos y su esposa se lo exige.

José- “ya estaba yo con el pie en la estufa para irme a estudiar y en eso mi padre se accidenta, tenía 14 años, y me manda a traer según con el fin de ayudarme a estudiar y cual fuera mi sorpresa que no podía...”

José- “fuí a ver a mi amigo que me había conseguido trabajo en telégrafos y pues, yo me fastidié y me salí de la casa, me fui a vivir con una tía mía...vivía allá por Tlacotal...”

José- “mi madre lo mismo con telégrafos, con tel...teléfonos, digo con correos, la misma situación, la misma situación, este...allá bajo con y este que era familiar de mi padre, pero siempre, este...pues a mi madre la creían una víctima, y este...le querían ayudar... tons, me...me mandó llamar el cuate este, y este...y también ... la misma situación, que si no le daba a mi madre... o sea, que para que quería yo el dinero, que si no le daba yo a mi madre que me olvidara de la chamba...y tuve que seguir de albañil.”

José-“mi pa’ me tenía no más por conveniencia, para que yo lo mantuviera, ya estaba bien grande...yo de pendejo que me vine... de por sí, me daban la plaza de maestro terminando la primaria y no la quise... bueno quería yo estudiar... según yo, y cual estudiar...y ahí se acabó todo”

José- “Luego con el carácter de mi vieja, en lugar de que me diera ánimo, me diera, este...un poco de atención. Toda la vida celándome, toda la vida con el chingado...este... desmadre. En lugar de ahorrar, me lo chupaba...mejor me ponía yo a chupar...lo malo fue que descuide a mis hijos”

José- “Y yo por mi vieja pues me vino una impotencia y la pinche psicosis, esa cosa... la que me paso a chingar y hasta la fecha... no lo veo muy bien..”

Sofía:

La hija dice aferrarse al deseo de tener una familia. En los diálogos anteriores podemos ver que Sofía se aferra a muchos de sus sueños a pesar de que no tiene el apoyo de su familia por la rigidez de ésta, sin embargo, es más adelante, en la etapa en la que vive con su esposo, cuando comienza a dejar de hacer lo que quiere, lo que la motiva. Ella actualmente tiene 2 hijas y ya no convive con su ex esposo, pero en el tiempo en el que ella vivió con el padre de sus hijas, no le importaron los maltratos pues quería que la familia se mantuviera

unida. Sus delirios empezaron con el maltrato que vivió con su pareja, en el momento en el que ella dice perderse a sí misma.

Sofía- “Después cuando estábamos en la casa, hubo muchos problemas, porque menospreciaba mi trabajo, menospreciaba todo lo que hacía yo, ya no era yo su pareja, era yo como dijo un día, “su hija”, [...] y es que si me decía: “¡muévete pa’ allá!” pues ahí me movía, o sea, jamás tomé decisiones yo en esa relación, y si movía algo o hacía algo fuera de lo que él quería, se enojaba, entonces pues... poco a poco me fui perdiendo a mí misma...” (hablando de su pareja)

Sofía- “por lo mismo, decía que no me quería, pero yo quería una familia, quería aferrarme como mi madre, a una familia, pero él ya no me quería, pero yo no entendía eso, yo ¡a fuerzas quería una familia!...”

Agatha:

Sus delirios comienzan al no poder cumplir dos de sueños que ocurrieron la par y que fueron: el no poder hacer una aportación en la educación en México, lo cual haría con la tesis que no pudo terminar por la enfermedad de su madre, de lo cual se habla anteriormente y el no poder casarse. Además, a partir del surgimiento de su enfermedad psicótica ella desiste de muchos de sus deseos como son: el tener un hijo y el trabajar en una escuela.

Agatha- “Yo tenía mucha presión porque en ese momento estaba desarrollando mi tesis para cambiar la educación en México, que era sobre el proyecto, no podía perder el trabajo, porque... por dos razones...el proyecto de tesis, y también la situación financiera, yo estaba acostumbrada a mantener mis propios gastos y a cubrirlos. Además ya me habían venido a pedir, ya tenía casa, muebles; ya tenía todo listo para vivir con una persona, me iba a casar pero como no me quise ir a vivir con él, el señor consiguió a otra persona; entonces a partir de que el conoció a otra persona”

Agatha- “Cuando yo presente la primera crisis, había roto relaciones con un prospecto con el cual me iba a casar...entonces en ese momento yo no tenía pareja, entonces la vida de pareja, no supe”

Agatha- “mi sueño era conseguir una escuela en la que yo pudiera trabajar y prestar mis servicios, por la enfermedad, todo eso se vino abajo”

Agatha- “lo que cambio mi vida la enfermedad fue, mi plan de vida; mi plan de vida es que yo... antes de tener la enfermedad quería ser madre, ¡tener 2 hijos!, si no podían ser gemelos, uno tras de otro, pero a partir de la enfermedad, después de haberla presentado mi hermana, mi papá y luego yo, dije - “¡no!”; no quiero un hijo el cual pueda nacer con la enfermedad y menos conociendo lo que conozco sobre el trastorno, sobre el trabajo que desempeño, los problemas que se ven aquí día con día, digo – “no”. No, no quiero tener un niño”

Mario:

Habla con mucho entusiasmo de un trabajo que consigue por meritos propios; sin embargo, el tono de su relato se entristece al recordar que deja esto, una de sus grandes pasiones, por su padre. Él además justifica su soltería a los cuarenta años por la enfermedad de sus consanguíneos.

Mario- “Pues es algo triste, andaba yo...ganaba yo, haz de cuenta de que si cada mes, la cuarta semana del mes un albañil de primera ganaba 7 mil pesos, yo allá ganaba 27, más el bono, 52; pero ¿qué sucedió?, que el viejo se dio cuenta de que ya no tenía la necesidad de trabajar y me soltó a la familia. Él cayó en depresión y, como siempre, me encerré en la lectura por la situación de que me liberaba del estrés [...]Y fue muy difícil la situación; imagínate, vienes a ver a tu familia, tienes 17 años, o sea, al ya no tener trabajo en esa compañía, pues me quede aquí”

Mario- “hasta la fecha no me he casado, no quiero casarme; mi chica me ha dicho, la semana pasada me dijo que me compra carro si me voy a vivir con ella, tiene 3 casas y me dice: - “ ¿a dónde nos vamos a vivir?, a donde quieras” y

yo pues eh... le digo:- “pues bájale, ¿no?” - “te compro carro” y le digo: - “este..., no”. Creo que sí, es...hmm... creo que tienes un problema, y arrastrar a un tercero a ese terreno, pues no es justo para nadie, ¿no?. Pero si, estuvo demasiado difícil el lidiar con el enfermo psiquiátrico que tenemos en casa”

3.4.9 Evasión de situaciones difíciles

Los integrantes de la familia pasan por situaciones difíciles que deciden evadir, como podemos ver en el apartado anterior, crean deseos y a la vez frustraciones. A continuación se describen las situaciones difíciles por las que pasan y su forma de evadir, siendo el común entre ellos huir de casa o empezar a ser algo diferente a lo que eran. Cabe destacar, que los integrantes que padecen de esquizofrenia en esta familia, escapan a estas situaciones con los delirios, es decir, usan los delirios como medio de defensa y no concluyen sus procesos. Se habla de una evasión de la realidad que se puede ver en las alucinaciones de los pacientes. La evasión de la realidad, lleva a la persona a crear su propia ficción en la que no se siente frustrada por lo que le está pasando, se habla de una realidad que parece mentira para los que rodean, pero que es muy cierta para los que la viven. Es una zona de confort en la que se ve inmersa la persona, viéndolo en términos representativos y como se señala en uno de los capítulos anteriores, un castillo.

José:

Después de la situación por la que pasa en casa y la falta de atención por parte de sus padres, huye de casa y se va a vivir con sus tíos. Comienza a sufrir las crisis de esquizofrenia después de casarse con su actual esposa, a quien culpa de la enfermedad por sus constantes reproches y celos. Entra a la cárcel por asesinato y es diagnosticado dentro del hospital del reclusorio. Sale libre sin crisis de delirio y más adelante es referido a un hospital por sus hijos debido a una crisis más de esquizofrenia.

José- “yo me fastidie y me salí de la casa, me fui a vivir con una tía mía...vivía allá por Tlacotal...”

Sofía:

Antes de que su hermana menor enferme de esquizofrenia y de que su madre enferme de diabetes, ella se casa. Al vivir con su pareja pasa por una situación difícil pues comienza a sufrir de maltrato psicológico y a consecuencia de eso tiene que cambiar mucho de lo que es para poder complacer a su pareja, ya no era la misma que iba en contra de lo que le establecía su madre. Tiene una su primera crisis de esquizofrenia al vivir con su pareja, ella dice que dentro de la mayoría de sus delirios ella debe estar con su ex esposo, pues si no están juntos algo trágico podría pasar, las crisis de delirio son constantes hasta que decide escapar de casa con sus dos hijas. El mantenerse con su esposo forma parte de los deseos y frustraciones de las que se hablan en el apartado arriba. A partir de su huida las crisis de delirio son más sutiles y ella puede regular su enfermedad, ya solo le es un poco difícil convivir con las personas.

Sofía- “y es que si me decía:- “¡muévete pa’ allá!” pues ahí me movía, o sea, jamás tomé decisiones yo en esa relación, y si movía algo o hacía algo fuera de lo que él quería, se enojaba, entonces pues... poco a poco me fui perdiendo a mi misma... (su rostro se entristece y aprieta los labios hacia abajo)”

Sofía- “yo quería una familia, quería aferrarme como mi madre, a una familia, pero él ya no me quería, pero yo no entendía eso, yo ¡a fuerzas quería una familia!...” (pausa larga)

Sofía- “él me decía que no me quería y yo necia, me aferraba mucho a él, yo lo quería demasiado , yo creo que era una obsesión, no era un cariño”

Sofía- “Tenía alucinaciones, de qué quería mi esposo cambiara, que todo el mundo cambiara y la primera que tiene que cambiar soy yo, ahora ya nada más vivo un día. Yo veía la casa en la que vivía antes destrozada, o sea todo destrozado, y yo era responsable de todo eso, de ese destrozo, como si hubiera pasado un huracán y yo fuera responsable de eso por haberme separado de él”

Sofía- “antes me, me... para no sufrir, no les hacía caso, o sea, me hacía la sorda, y ahora entiendo que si me están hablando es porque ellos están tratando de explicarme algo... y no es por decirme algo malo, y por eso mi necesidad de tener un confidente...”

Sofía- Como hacen en esta casa, si tú me estas molestando me voy, porque no me siento a gusto así que no me ofendas, ese es tu problema, mi problema ya lo solucione”

Agatha

Cuando estaba haciendo su proyecto de tesis, se dieron muchas situaciones que no le permitieron terminarla: la enfermedad de su mamá, la situación económica, el engaño de la pareja con la que se iba a casar y otras cosas. Esto la llevo a evadir su realidad, ella quería terminar el proyecto, pero no lo terminó como se indica anteriormente, por ello dentro de sus delirios ve que el mundo depende de ella y que si no hace algo el mundo terminará.

Agatha- “Una de mis hermanas se divorció, estábamos con el proceso de divorcio, se enfermó Mario, estuvo hospitalizado y hasta cierta manera grave, no se sabía qué tenía, lo único que nos decían es que estaba grave, que estaba grave, que estaba grave y que a lo mejor fallecía y no le encontraban qué es lo que tenía. Se recupera él y se enferma mi mamá, la llevamos con diferentes doctores, no sabían lo que tenía hasta que tuvimos que internarla, y en el...estando internada le detectaron que casi le da un coma diabético, estuvo a punto de fallecer. Yo tenía mucha presión porque en ese momento estaba desarrollando mi tesis para cambiar la educación en México, que era sobre el proyecto, no podía perder el trabajo, porque... por dos razones...el proyecto de tesis, y también la situación financiera, yo estaba acostumbrada a mantener mis propios gastos y a cubrirlos. Además ya me habían venido a pedir, ya tenía casa, muebles; ya tenía todo listo para vivir con una persona, me iba a casar pero como no me quise ir a vivir con él, el señor consiguió a otra persona; entonces a partir

de que el conoció a otra persona, y eso fue mucho antes de que yo presentará la crisis, él se fue, nos despedimos”

Agatha- “Entonces cuando a mí se me desató la crisis, yo estaba en mi mente divagando o creyendo que Dios me estaba hablando...y que el mundo se estaba acabando y que solo yo podía salvarlo. En ese tiempo estaba trabajando en un proyecto y sentía que mi proyecto era la solución, pero que no tenía que contarlo, porque si no se iba a acabar el mundo, iba a explotar, simplemente iba a haber bombas atómicas, y de hecho, este...sentía que era eminente la situación de una bomba atómica aquí y que toda mi familia iba a desaparecer. Lo que provocaba angustia, desesperación, y fue como me internaron en el psiquiátrico. Después fue cuando me internaron en el psiquiátrico, fue pasar ese momento de creer que yo tenía la salvación del mundo, pase por otro momento, en donde estaba yo ya en el hospital”

Mario:

Mario habla de las situaciones que vivió a la par que Agatha y del como Agatha decide huir de casa, mientras que él sigue en casa desahogando sus problemas con ira, pues dice que salía a las calles a golpear a personas.

Mario- “Pues mi hermana, Agatha. La Agatha en una ocasión cuando estaba con un tal Carlos, no se le permitió que se casara, ¿por qué?, porque le faltaban dos años de la carrera a nivel licenciatura. Se molestó y se fue de la casa 2 años. Mira, tenía al viejo enfermo, mi otra hermana ya se había ido. Bien, tenía al viejo enfermo con crisis de cada año, porque no le atinaban a los medicamentos, fueron cosas espantosas. Mi hermano el más chico en la escuela, igual que la más chica en la escuela, Agatha en la escuela, mi otro hermano drogadicto y pues yo siendo adolescente, la misma conciencia rebelde, bueno, finalmente... Salía a la calle y con cualquiera que yo me topara me quería pelear, y este... yo chavo pandilla con un liderazgo de 42 tipos y 12 chicas, hacia yo lo que quería con la pandilla. Pero era por lo mismo, estaba enojado con el mundo con la existencia, porque decía yo: -“ bueno, ¿por qué tengo que cargar con

esto?”, y pues eran conflictos demasiados. Entonces cae en crisis el viejo, una crisis tremenda, bueno, en una crisis de delirio de persecución. Entonces, pues ya sabes, estresan a la familia y este... pues imagínate todos los gastos que llevan 3 universitarios y demás. Resulta que Agatha me dice que le de dinero para irse de vacaciones, y que le digo: -“ oye pues, ¡estás loca!. Quieres dinero, pues ponte a trabajar”. Entonces por eso fue que se salió de la casa, se fue 2 años, dejó la escuela y se fue a trabajar. Cae en crisis y ¿quién crees que fue el culpable?. No la deje casar, entonces de ahí fue cuando me dí cuenta: -“Bueno, pues ¿qué estoy haciendo? que hagan de su vida lo que quieran”. Entonces ahorita, pues yo no interfiero, cuando siento que algo es demasiado, demasiado malo, entonces ahí es donde me planto...”

3.4.10 Afrontación de las situaciones difíciles

En contraste con la evasión de situaciones difíciles podemos ver la historia previa de la Afrontación de situaciones difíciles. A pesar de que hubo una evasión por medio de delirios de algunas situaciones que les hicieron recordar mucho de su crianza, historia de maltrato, incomprensión, rechazo, falta de reconocimiento y abandono, en el pasado Agatha y Sofía afrontaban las situaciones difíciles. Pareciera que después de un constante sufrimiento Agatha y Sofía se hayan dado por vencidas, sin embargo, se puede ver que contaban con las habilidades para afrontar las situaciones que las aquejaban. Después de las crisis, tanto Sofía como Agatha comienzan a retomar su forma de afrontar las situaciones difíciles. Sofía que sufrió más crisis de delirios a lo largo de su vida con su esposo, después de dejarlo comienza a hacer un gran cambio en su vida, se hace responsable de muchas cosas que no había hecho por sí misma y enfrenta sus miedos, de modo que deciden los especialistas reducirle el medicamento y dudar de su padecimiento. Agatha por otro lado hace que sus frustraciones no la agobien tanto, decide poner una escuela particular que era parte de su sueño y como se lee anteriormente decide casarse con una persona que es completamente diferente a su padre. Por último Mario, no tiene delirios y después del sufrimiento y su tendencia a desahogar sus pesares con ira, se hace

consiente de que todo lo que ha vivido lo ha formado tanto en carácter como en cuerpo, y que eso le permite tener más visión hacia dónde quiere ir y cómo hacerlo.

Sofía- “En el ejército, y había un puesto, y me dieron el puesto a mí la vacante que había, porque pase bien mis exámenes, a pesar de que mi madre me había dicho que no, no me importó, ya estaba ahí...”

Sofía- “Ahora ya puedo hablar con la gente, antes no podía ni hablar con la gente o sea le tenía miedo a la gente, creía que estaban hablando mal de mí, creía que todo el mundo se expresaba mal de mí; ese era mi concepto de lo que yo pensaba, por lo que... decidí tomar el reto y hablar con la gente y empecé con las ventas, a vender, a vender, a venderles cosas y me dí cuenta de que la gente no es mala, sino es diferente a mí, y así he logrado... en poca...o gran medida... salir adelante con mis problemas... antes un problema me ocasionaba problemas críticos y...e iba yo a dar al hospital; ahora me pueden venir, uno, dos, tres problemas juntos y no me afectan tanto.”

Sofía- “tengo una vida y ahora pongo más atención a lo que me dice la gente, antes me, me... para no sufrir, no les hacía caso, o sea, me hacía la sorda, y ahora entiendo que si me están hablando es porque ellos están tratando de explicarme algo... y no es por decirme algo malo, y por eso mi necesidad de tener un confidente”

Sofía- “entonces son muchas cosas que me toca aprender a aceptar y a vivir. No voy a hacer cambiar a ninguno de mi familia, lo único que voy a tratar, es de llegar a acuerdos, lo único que puedo hacer son encomendaciones a Dios para que lleve las cosas por buen camino, sino salen bien es por algo y si salen bien es por algo”

Sofía- “me di cuenta de que a la larga me iba hacer mucho daño. Yo lo quiero y hasta la fecha todavía lo quiero, todavía siento algo por él... pero... no me... voy a dejar... manipular... otra vez para caer en ese mismo círculo vicioso de... “tú me haces, yo te hago”, “tú me haces, yo te hago”. Entonces, no quiero

eso ya en mi vida, y por eso me han reducido los medicamentos, desde que no estoy con él, me han visto otros especialistas, y todos no... no han podido dar con la conclusión de por qué... me diagnosticaron así...si yo no tengo nada.

Sofía- “Soy responsable de un gasto, o sea yo tengo que dar un gasto aquí y tengo que cumplir mis servicios, como es luz, agua, teléfono, gas, este... todo lo que necesito para que estén bien mis hijas.

Sofía- “El otro día me pusieron, llegó el doctor, el especialista, y el trata casos de demencia y me puso en medio de unos doctores y dijo que qué me diagnosticaban, y lo máximo que me llegaron a notar fue depresión”

Agatha- “Intenté trabajar en una escuela, me metí a trabajar en una escuela, pero me di cuenta de que era mucha presión para mí y además mi sistema y mi estructura de trabajo, no...no lo aceptan en las escuelas. Entonces hay me di cuenta que no podía estarme metiendo a mucha presión para poder quedar bien con la escuela, para quedar bien con los alumnos, para quedar bien con todo, a costa de mi salud. Entonces ya no tuve esa oportunidad y esa... esa ilusión de entrar a trabajar a una escuela, tuve que dedicarme a trabajar de manera particular”

Mario- “es difícil, pero lo aceptas como tal, te das cuenta de que todo eso que has vivido es lo que te ha formado el carácter y tu cuerpo, y ya tienes más visión hacia dónde quieres ir y cómo hacerlo. Lógicamente, ya no tienes la misma fuerza física, pero la intensión, sí. Y ha funcionado...”

3.4.11 Emociones y sentimientos.

3.4.11.1 Miedo

El miedo es algo que se les enseña a los hijos desde que son pequeños. Los hijos dicen tener un miedo constante hacia las situaciones que ocurrían en casa, primeramente porque su padre era alcohólico y después porque su madre tenía un miedo al fracaso de los hijos y no les dejaba hacer muchas cosas. Con sus hijas había un control excesivo en la vestimenta y con el hijo un control hacia

las actividades que hacía. Ellos crean un temor por la vida y debido a los golpes un miedo a la madre también.

Sofía- “O sea que me querían meter miedo mis papás para que no hiciera las coasa, pero no tenía miedo, no me daba miedo”

Sofía- “no me interesa el estar con una persona, últimamente me da miedo, porque no quiero que me hagan hacer cosas que no quiero hacer, no quiero hacerlo”

Agatha- “Después cuando mi papá salió, eran situaciones difíciles, porque era mucho miedo, porque tomaba mucho y luego quería golpear a mi mamá, nos despertaban en la madrugada y nos metían el miedo de que: -“nos vamos a separar y ¿con quién se van a ir?. Elijan, se quedan con su madre o se van conmigo”, y era cada ocho días levantarse en la madrugada. Porque mi papá estaba tomado, y porque llevaba a sus amigos, que a veces querían abusar sexualmente de nosotros también. No sé si con alguno de mis hermanos lo intentaron, pero sí, yo recuerdo que conmigo si lo intentaban”

3.4.11.2 Ira o enojo

Hoy en día tres de cinco de los integrantes de la familia que vive junta presentan un carácter iracundo, comenzando por la madre y continuando con hija Agatha y el hijo Mario. Además, es común entre ellos que su ira venga acompañada de algún padecimiento como dolor de estómago o dolor de cabeza. Contrario a esto, el padre y Sofía no son iracundos, sino que muestran una respuesta pasiva ante su malestar o “se guardan” lo que sienten, esto a pesar de que en un inicio eran iracundos.

José- “De ese coraje de ese resentimiento de todo, y digo ... me vine y namás para qué .. para estar ahí de pinche gato...trabajar sin.. ahí en el molino.. me iba a las 3 de la mañana...eran las 11 y no me había dado ni un trago de café ni nada...”

José –“me casé con mi vieja...y ya ves el genio que tiene, ni para un lado ni para otro, y este...pues como decirte...lo que más me duele son mis hijos están todos...tarados, todos dados al catre”

José- “Y pues yo me he dejado, digo... y no la quise atacar”

Sofía- “mi mamá se enojaba porque llegaba tarde, porque como me quede en el ejercito”

Sofía- “y por qué tengo que estar enojada por algo que no vale la pena. Yo lo que trato es de no hacer daño, me siento muy mal cuando hago daño, me dura la resaca, como varios días, o sea no me logro recuperar tan bien”

Agatha-“ la molestia; soy muy explosiva, no puedo evitar... explotar. Cuando estoy muy molesta soy muy explosiva reacciono violentamente... con cualquier miembro... o a veces utilizo la huida sobre todo con mi hermano Mario, porque como somos iguales pues no nos aguantamos y terminamos mandándonos a la chingada”

3.4.11.3 Rencor u odio

Después del maltrato por otros familiares y por los mismos padres de cada una de estas personas, todos en la familia crean un rencor hacia alguien, comúnmente al padre o a la madre y una desconfianza hacia los demás. El único que resuelve los rencores y el odio es el hijo que no tiene esquizofrenia.

José- “...de ese coraje de ese resentimiento hacia mis padres, de todo...”

Sofía- “Pues por mucho tiempo le tuve rencor a mi papá, porque desapareció mucho tiempo y el día que se apareció, yo lo veía como un monstruo, hacia mi familia; no lo veía como a mi papá, no podía verlo”

Sofía- “porque hay un Dios y a ese Dios se le puede entregar todo y me da más todavía de lo que entrego, la gente siempre me ha decepcionado, o sea me sentía decepcionada porque entregaba todo y no recibía a cambio nada, desconfianza...”

Agatha- “mi madre no sabía lo que tenía pues me pegaba una madrizas buenas, no sabía porque me pasaba eso, entonces solo me golpeaba hasta que sangraba, así que le agarre un resentimiento muy feo”

Agatha- “mi papá de cada ocho días estaba borracho, llevando gente a la casa, entonces pues yo le agarré mucho resentimiento a las personas tomadas...Le agarre mucho resentimiento a mis tíos (aprieta los dientes y el puño izquierdo), le agarré mucho resentimiento a la abuela (le tiembla la voz)porque cuando yo la conocí, era una persona, mentirosa; siempre buscaba pleitos para que mis papás estuvieran peleando,

Agatha-“Mi niñez me enseñó a odiar mucho, a tener mucho resentimiento para no ser lastimada”

Agatha-“Desarrolle mucho resentimiento hacia todo mi alrededor (con un nudo en la garganta). Hacia mi madre y hacia mi padre (lo dice con lágrimas en los ojos)”

Agatha-“...le dije que yo no iba a volver a verla y que no la iba a perdonar hasta que se muriera, y lo cumplí, y que me iba a largar a la calle, porque prefería que otro me maltratara, a que mi propia raza, porque con la raza duele, con los demás sabes que te van a dar un puntapié y pues así, hasta la fecha aún la odio...”

3.4.11 Concepción de la enfermedad

La enfermedad estaba presente en el padre desde que los hijos eran pequeños, pero cada uno de los entrevistados tenía un concepto de la enfermedad antes de que apareciera nuevamente por primera vez en una de las hijas. El padre en un inicio cree que es un embrujo y a la fecha no considera estar enfermo a pesar de los tratamientos y el diagnóstico que se le ha dado. La madre, le dice a sus hijos que lo que tiene José es un tumor en el cerebro y nervios. Sofía se entera de la enfermedad cuando es diagnosticada en el hospital Fray Bernardino y en ese momento su madre le confiesa que fue lo mismo que le

diagnosticaron a su padre en el reclusorio, así es como Agatha, Mario y todos los hermanos se enteran de lo que padece realmente su padre.

Jose- “Luego dice mi vieja que por loco, ellos heredaron lo mío... yo no creo estar loco...”

Jose- “a usted lo embrujaron”, me dice: - “usted no tiene otra cosa”... “se me hace que a usted le hicieron brujería”, y este... y dice: - “¡alguna cosa le dieron a comer, a tomar!”, y este... le digo: -“pues cómo”...dice:- “sí”, y este...dice:- “compré la contra yerba” dice:- “¿tiene dinero?”, le digo: “no, no tengo pero, hay, este...”... o no,... creo que si traía yo dinero, pues no gastaba yo en nada, traía yo dinero...

Sofía- “las personas me ven y no creen que tenga el problema de Esquizofrenia maniaco depresiva, mis doctores me dan medicamento, ya solo cada 6 meses tengo que ver al especialista y antes era cada mes, cada mes, cada mes, desde que estaba yo con mi pareja, y si no caía yo una o dos veces al... al psiquiátrico, porque no estaba yo bien”

Sofía “Cuando me dio a mí me enteré de que mi padre tenía lo mismo porque le había dicho en el bote. Me llevaron con un especialista que estaba viéndolo a él... yo sabía que era de nervios y los malditos nervios es esquizofrenia, nosotros somos esquizofrénicos, los dos”

Sofía-“Nos vivimos a vivir aquí y mi papá decía que eran nervios, un tumor en el cerebro o algo así y mi mamá aseguraba que eran nervios, hasta que me dio a mí a los veintitantos años, fue que me di cuenta de que no eran nervios, me andaba yo escondiendo, me andaba yo... me escondía de la gente, un temor muy grande a la gente”

Agatha-“Mi hermana empezó a presentar la psicosis. A partir de ahí yo la acompañe en muchas situaciones al psiquiátrico. Después ya avanzado el tiempo, mi papá empezó a bajar de peso, a tener delirio, depresión; se le llevo al centro, al Fray Bernardino, y ahí lo diagnosticaron. Porque anteriormente... mi mamá nunca

nos había dicho que mi papá estaba enfermo, y lo único que sabía mi mamá de la enfermedad de mi papá, es que tenía un tumor cerebral, como anteriormente se le conocía a esta enfermedad; fue el diagnóstico que le dieron a mi mamá, mi mamá nunca se ocupó de investigarlo, nosotros tampoco sabíamos que mi papá presentaba la enfermedad, hasta que empezó a delirar, a tener depresión y se le tuvo que meter al Fray Bernardino, por previa experiencia sobre mi hermana Sofía, sabíamos que ahí eran los trastornos mentales”

Mario- “Mi papá tenía la creencia de que era un tumor cerebral, que es lo que se estilaba en los años 70's. No sé creía... todavía no se especificaba bien como esquizofrenia[...]me di cuenta de que él no era malo que tenía una enfermedad, y ¿cuál era la enfermedad? Psiquiátrica, yo fui el que se percató de eso, nadie lo hizo[...]Fue muy difícil porque en primera instancia, los médicos no le encontraban el medicamento indicado; llegó con un estúpido que adoptó la teoría de Freud, de que todo es sexual, entonces el viejo se convirtió en... en una cosa espantosa por ese doctor. Después lo canalizaron con otro doctor que le dio otros medicamentos y así se empezó a controlar, pero en esos años fue una guerra espantosa”

3.4.12 Padecimientos

Los padecimientos además de la esquizofrenia, que distinguen a la familia son gripas agravadas, dolores de estómago, problemas con la vesícula, obesidad, diabetes, hipertensión, colesterol alto, mala circulación, dolor en rodillas, dolores de huesos, problemas en columna, diarreas frecuentes, infecciones en vías urinarias y problemas en sistema reproductivo.

Cada uno de los integrantes ha logrado construir sus padecimientos en torno a la realidad familiar, se habla de un miedo infundido por la madre quien a su vez teme a lo que vendrá. Desde pequeños, los personajes presentan este miedo y una tristeza que se relaciona con padecimientos que tienen que ver con una afectación de las vías respiratorias y que se conjugan a su vez con padecimientos relacionados con las infecciones en vías urinarias o bien en

problemas con el sistema reproductivo. Esto se viene arrastrando desde generaciones anteriores cuando el padre de Margarita, muere después de golpearse en los genitales.

Hay un movimiento de las emociones que hace que estas también afecten órganos secundarios que se relacionan con la ira y que se puede notar en las diarreas, problemas de vesícula y de estómago. Al final todo desemboca en una esquizofrenia muy presente en los pacientes diagnosticados.

Puede además que la enfermedad venga desde tiempo atrás pues Sofía y los otros hijos señalan que aunque no estaban diagnosticadas posiblemente por el lugar y la época en la que vivían, la mamá de su papá y la mamá de su mamá parecía que tenían delirios.

José- “Nomás gripas”

Sofía- “cuando estaba yo chiquita, este... le dijeron que no tenía nada, que me desmayaba, con cualquier cosa fuerte que me pasaba, yo me... me caía yo, o sea, me desvanecía de repente, o sea me daban como convulsiones y me desvanecía en el piso...”

Sofía- “Me dio la viruela loca, me operaron de la vesícula”

Sofía- “...me dio un desagarre; me entró un dolor muy feo. Y luego, yo tengo quistes en mis senos, o sea son unas bolitas de grasa, pero no tienen problema...”

Sofía- “tengo fractura de la clavícula derecha, infecciones vaginales muy fuertes, infecciones en los pies, hongos, en los ciclos menstruales que me hincho...”

Sofía- “La mamá de mi papá tenía bocio y me imagino que también tenía retraso mental, porque no tenía conciencia de dejar a sus hijos abandonados y seguir a hombres; tenía una bola en el cuello y nunca se quiso operar[...]era muy

agresiva. Y luego su esposo era alcohólico y se le botaba la canica, un día hasta nos quería matar, estaba ya bien borracho y nos quiso golpear...”

Sofía- “A la mamá de mi mamá le dio como demencia senil, también estaba bien loca, pero ella tenía lo mismo que le paso a Agatha, pero ella toda su matriz, se le salió de su lugar por cargar tan pesado. Tuvo hijos que se le murieron y tuvo abortos también... y le daban dolores de estómago muy fuertes como a mi mamá [...] hablaba disque con los muertos y luego hasta le daba de comer [...] luego después de que usaba unas bototas, tuvo que comprarse unos zapatos de tela, porque le salió un juanete como el de mi mamá”

Sofía- “Si lo que pasa es que el viejo ya está mal, tenemos que bañarlo porque si no apesta, lo que pasa es que tiene problemas en vías urinarias, como todos... pues siya todos estamos igual, como que es de familia porque nadie se ha salvado...”

Sofía- “El papá de mi mamá pues murió cuando mi mamá estaba pequeña, dicen que se cayó en una rama y que tuvo problemas con su... con sus zonas genitales”

Agatha- “Desde pequeña, a los 6 años me extirparon las amígdalas, siempre he padecido de las vías respiratorias...Padecí hernia y me operaron a la edad de los 7 años. He tenido problemas de columna, a partir de los 29, 25 años, problemas de columna...bronquitis, neumonía, pulmonía, colitis, problemas de columna, de rodillas, tobillos frágiles. Lo más reciente fue una operación de un quiste, de la matriz. ¡Ah, y además!, problemas con síndrome premenstrual, que antes no tenía, pero a partir de la operación, empecé a tener problemas con el síndrome premenstrual”

Mario- “pues... rupturas de hueso, desgaste de cartílagos, colitis, 3 colitis nerviosas llevo. Acumulaciones de grasa, ceguera nocturna, dolor de rodillas, dolores de espalda...”

REFLEXIONES

Si damos una mirada a la sociedad actual nos será fácil confirmar la crisis por la que pasa nuestro mundo en diversos ámbitos que repercuten unos en otros, sabemos que los eventos que cruzan a cada uno de los individuos son capaces de cruzar diversas áreas como la salud, la moral, el intelecto, el espíritu, la política, la sociedad, la economía, la naturaleza, etc. y además sabemos que no somos inmunes a ninguna catástrofe en alguno de estos aspectos. Sobre esta línea, se vive hoy en día un miedo a padecer alguna enfermedad, sobre todo si se trata de una enfermedad crónica, a pesar de esto, cuando la enfermedad ataca al cuerpo el hombre no hace más que tratar los síntomas que hacen que el paciente sufra y que identifican a la enfermedad, dejando atrás el origen de ésta y las posibles recaídas. Se habla de limitaciones que son asignadas a las personas para su bienestar, pero no se habla de una salud integral o que englobe más de un aspecto. A modo de ejemplo, tenemos la diabetes y la constante restricción de ciertos alimentos, que si bien ayudan al paciente a tener un menor pesar por la enfermedad, no lo ayudan a hacerse consciente de la misma y no terminan con los síntomas de la diabetes como tal, esto pues es posible que el paciente se queje de que le han restringido los alimentos y sufra por no poder consumirlos porque no ha hecho más que seguir las instrucciones del médico tomando además algún medicamento, en lugar de ver en pos de su propio bienestar. Y no es que el médico no tenga la mejor intención de que el paciente mejore; sino que él no cuenta con las herramientas necesarias para que el paciente se ayude a sí mismo. Lo mismo pasa con los medicamentos que se administran a los que padecen alguna enfermedad, pues su propósito no es dar fin a ésta, sino ayudar a reducir la pena que toca al sujeto. La pregunta importante aquí es ¿Por qué atacar los síntomas en lugar de prevenir la enfermedad, hacer al paciente consciente de la misma, o bien, atacarla desde su origen? Vaya que es un tema difícil porque en primer lugar el ser humano está muy acostumbrado a resolver el problema cuando es muy evidente o, en algunos casos, cuando ya es muy tarde; en segundo lugar, porque no tenemos una educación con respecto a la salud

integral y; en tercer lugar, porque es más fácil atacar el síntoma que el origen de la enfermedad.

Analizando estos 3 puntos que son consecuencia de las posturas dualistas, surge la necesidad de una visión holística en varios aspectos, pero especialmente en el ámbito de la salud, es necesario enlazar todas las cuestiones que cruzan a sujeto para saber más de su enfermedad, para entenderlo como una unidad con todo lo que lo rodea. No es necesario caer en un fatalismo enfático para reconocer esto y claro, esto no significa que no haya solución, esto solo da cuenta de la época en la que vivimos y el modo de dirigirnos hoy en día. La rigidez de los modelos y la tendencia científica que caracteriza la visión que se tiene actualmente, no hacen más que limitar el buen tratamiento de los padecimientos. La salud integral ha pasado a segundo término y hemos llegado al punto en el que pareciera que se tratan los padecimientos crónico degenerativos del mismo modo que se tratan las enfermedades infecciosas, es decir, como si fueran causadas por un agente externo que infecta o ataca al organismo. A decir de esto, existe evidencia de que no siempre una enfermedad es causada por un agente externo como es el caso de las enfermedades autoinmunes que, como su nombre lo dice, auto-atacan al propio organismo, esta es una de las enfermedades que podrían fácilmente mostrar el punto crucial de esta investigación porque basta con escuchar el calificativo que lo distingue y no es tan necesario ahondar en la enfermedad para saber a lo que refiere, sin embargo y lamentablemente, no es la única enfermedad que trabaja de este modo, porque curiosamente están las ya nombradas enfermedades crónico degenerativas cuyo origen o padecimiento, después de cierto proceso, proviene del mismo organismo que padece esto. Ahora, si bien estas enfermedades atacan células dentro del organismo, ya sea en términos micro o macro (célula- organismo), existen enfermedades dentro de la clasificación crónico degenerativa que son más peculiares aún porque no hay muestra certera de que estas alteren alguna célula dentro cuerpo, estas son las enfermedades mentales.

Una vez dicho lo anterior, vemos porque definir una enfermedad mental no es tarea fácil y muestra de eso está en los instrumentos que se usan para

diagnosticarlas. A modo de ejemplo tenemos el DSM que continuamente requiere de reajustes para poder definir y a la vez diagnosticar algún trastorno, instrumentos como estos deben acoplarse a los descubrimientos que se hacen con los años, las nuevas teorías y los nuevos tratamientos. Esto se hace cada vez más complejo, sobre todo en el ámbito médico- biológico y muestra de esto está en que, desde tiempo atrás, no se sabe a ciencia cierta qué es lo que produce este tipo de enfermedades y hay algunas enfermedades mentales como tal, que son más censuradas que otras por el tipo de desorden de personalidad que desencadenan, así, entre las más censuradas y estigmatizadas tenemos a la esquizofrenia, nombrada por gran parte de la población como locura.

Como se muestra en los antecedentes de la esquizofrenia, desde tiempos muy antiguos en que se empezó a definir existieron infinidad de teorías para explicar la misma enfermedad, su origen y un sinfín de curas; por ello hasta la fecha pareciera ser, además de estigmatizada, una de las enfermedades mentales más controversiales y enigmáticas por la infinidad de teorías que la abarcan y la poca información que se tiene acerca de la misma. Los casos que se presentan en esta investigación dan cuenta de mucho de lo que se postula, empezando por la forma en la que se ha venido tratando esta enfermedad. El primer caso que se desencadenó en esta familia da cuenta de la dificultad para el diagnóstico a lo largo de los años, la primera crisis de José se dió en una zona rural a inicios de los años 70's aproximadamente, cuando no se tenía conocimiento en estas zonas de la enfermedad como tal, lo cual llevo a que José fuera tratado con yerbas medicinales por un supuesto embrujo. Haciendo cálculos, a mediados de la misma época pero en otro contexto es encerrado en la cárcel por asesinato y dado que esta cárcel está dentro de la ciudad, es diagnosticado por primera vez con esquizofrenia, no se tiene conocimiento claro de los tratamientos que se le dieron ni la forma de diagnóstico, pero puede que se hayan pasado por alto los síntomas o que se haya administrado un tratamiento agresivo como se acostumbraba en la época. Poco después de salir de la cárcel, ya con el diagnóstico, comienza a ser tratado con psicoanálisis pues éste seguía siendo una de las principales herramientas que usaban los psiquiatras desde la época de los 60's tanto para diagnóstico como para tratamiento. Es hasta la

época de los 90's que comienza a ser tratado con medicamentos al igual que sus hijas Mercedes y Sofía, quienes son diagnosticadas al igual que él, con esquizofrenia maniaco depresiva y tratadas en el hospital Fray Bernardino, esto a partir de la primera crisis de Sofía. A la fecha, después de cambios en el DSM, la esquizofrenia maniaco depresiva deja de ser considerada como esquizofrenia aunque se presenten delirios y se siga administrando un tratamiento muy parecido al que se da en la esquizofrenia. A modo de contraste, curiosamente comparando la medicina oriental (que supone un tratamiento holístico) con esta forma cambiante de tratamiento y diagnóstico por parte de la medicina occidental, sin importar el pasar de los años, este tipo de esquizofrenia se sigue considerando por la primera como el Síndrome Kuang (esquizofrenia maniaca) y Síndrome Diang (esquizofrenia depresiva), si nos enfocamos en el diagnóstico dado por el lado occidental encontramos una similitud pues pareciera que los pacientes presentarían el Síndrome Kuang a la par del Síndrome Diang lo que traducido no es más que esquizofrenia maniaco depresiva, una vez dicho esto se puede encontrar de algún modo una inevitable relación entre el lado occidental y el lado oriental, pues de cierta manera a pesar de la supuesta brecha entre ambos, se sabe que mucho de lo que se tiene en la cultura occidental proviene de la oriental, a pesar de esto pareciera que la medicina occidental cada vez se fuese alejando más y más de la medicina oriental, generando un poco de confusión al modificar tanto el tratamiento, como el diagnóstico de los pacientes.

Ahora bien, retomando el diagnóstico dado por la medicina occidental lamentablemente, sin importar el nuevo diagnóstico de los pacientes descrito en el DSM VI, la familia: José, Agatha y Sofía, siguen cargando el baldón de una enfermedad psiquiátrica y por lo que refieren ellos siguen siendo tratados en el hospital Fray Bernardino según el diagnóstico de esquizofrenia. De este modo, el desarrollo de este tema es un aporte que se pretende dar para el tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, por la falta de información que tiene la población, por el estigma que otorga la población al no saber lo que es un trastorno mental, para comenzar a considerar la salud integral y para ampliar el interés de especialistas que puedan atender casos como la esquizofrenia y por qué no, hasta la

depresión que es un trastorno mental que también afecta a gran parte de la población. Una visión integral de cualquier enfermedad, ya sea crónica degenerativa o infecciosa, mental o física, puede llevar a la integración de varios temas para que el paciente logre una armonía que lo dirija hacia un bienestar con él mismo y con su entorno. Las enfermedades nos dan cuenta de esto, de la regulación que busca el cuerpo para su bienestar y nos dejan ver que la relación entre los puntos que cruzan a un individuo son flexibles y diferentes en cada organismo.

La investigación hecha es un muy buen ejemplo de la regulación flexible del individuo, pues los pacientes comenzaron a mostrar síntomas cuando estaban en crisis y porque a pesar de que la familia está conformada por 2 padres y 7 hijos que estuvieron expuestos a condiciones muy parecidas, solo 2 de ellos fueron diagnosticados con la enfermedad, descartando así muchos de los modelos para saber del origen de la misma, como son el modelo biológico, sociológico y el psicológico. En lugar de esto tenemos una relación entre cada uno de los aspectos que trastocan al sujeto que hacen que sea propenso a tener la enfermedad, porque si bien la “herencia” hace propensos a los sujetos, más propensas fueron Sofía y Agatha por no ser conscientes del cómo se había formado la enfermedad en su padre y del cómo no seguir algunos patrones.

La herencia, que facilita el seguimiento de patrones, ha venido siendo la bruja malvada del cuento hasta que aparece de la “nada” algún caso de, por decir algo, diabetes o de cáncer en la familia sin que en las últimas generaciones, que son de las que generalmente la familia sabe más, se haya presentado. Es entonces cuando nos damos cuenta de la importancia de la historia familiar, pero también de la historia de la enfermedad y su génesis, nos damos cuenta de que la herencia no es una condena a menos que así se quiera. Verbigracia, en esta investigación encontramos un pasado en el que los familiares de ambas familias de los padres, José y Margarita tienen delirios, José presenta delirios más tarde repitiendo la historia de su madre y oculta a sus hijos por un tiempo su enfermedad, mientras que Margarita no presenta delirios como su madre lo hacía, esto al igual que 5 de sus 7 hijos que no presentan este padecimiento.

A la par de los que no padecen los padecimientos, con un contexto similar de maltrato, rechazo y abandono sobre todo durante la niñez, están los que padecen esta enfermedad en la familia quienes son las dos hijas Sofia y Agatha que al igual que el común de los que cargan con este diagnóstico, se ven forzadas a no manifestar lo que las distingue, es decir, a ocultar sus características en lugar de enaltecerlas, esto debido al yugo familiar rígido que las obliga a desarrollar la personalidad que los padres desean. Estas mujeres, incluyendo al padre, José, atraviesan por situaciones de gran estrés a lo largo de su vida hasta un momento en su adultez en el que deciden ceder la responsabilidad de los problemas que los aquejan y huir en lugar de solucionar, esto lo hacen deformando la realidad por medio de delirios para evitar la frustración y el dolor que han vivido desde pequeños. Es de este modo que tanto José como Agatha y Sofía, usan los momentos difíciles que los perturban como detonantes de sus delirios, es decir, es su modo de enfrentar la realidad que los lastima o trastorna.

En conclusión la esquizofrenia se convirtió para ellos en un mecanismo de defensa para preservar la vida, para alcanzar en sueños los deseos que ellos tenían que no se les permitía cumplir, lo que ellos mismos comenzaron a prohibirse después de tantas limitaciones impuestas por terceros. Tuvieron muchas carencias, sufrieron emocionalmente y psicológicamente en su desarrollo, tuvieron bastantes prohibiciones por la educación rígida que tuvieron y las limitaciones que se hicieron presentes a lo largo de su desarrollo, así que al final para ellos todo desembocó en “locura”. Los padecimientos de los pacientes reflejan, la construcción de la enfermedad; no solo son los eventos que marcaron la vida de estas personas son esenciales, sino también las enfermedades que pesan en todos los integrantes. Curiosamente dentro de la familia se repiten mucho las enfermedades que se relacionan con el sistema digestivo, oídos, sistema reproductivo, vías urinarias, huesos, vesícula y pulmones esto da cuenta de una emoción que predomina la cual es el miedo y se relaciona a su vez un sabor que se predomina por igual, el salado. En este sentido podemos hablar de un estímulo excesivo del riñón y la vejiga que va a tratar de controlar el corazón y el intestino delgado, lo cual afecta gravemente la energía mental. Si damos vuelta atrás a la figura 3, podemos ver como hay un

estimulo excesivo en estos organos que lleva al descontrol y desequilibrio en estas personas. Esta familia es un claro ejemplo de que la historia familiar persigue al individuo y de que, a menos que éste decida cambiarlo, ha de padecer en lugar de vivir.

CONCLUSIONES

Tristemente y sin tener que abrir mucho el panorama, vemos el auge de las enfermedades mentales en México, que llama la atención por la falta de atención profesional para los pacientes, pero especialmente por el incremento que se está teniendo en este tipo de enfermedades y la disminución en la edad de la primera recaída. En este sentido la sociedad Mexicana se preocupa y busca formas de atender a los pacientes; sin embargo, es de este modo que se abre una pregunta crucial ¿será suficiente la atención a los pacientes si los casos van en aumento?, con esto se da cuenta nuevamente de la búsqueda por resolver un problema sin ir a la raíz, no hay campañas dirigidas hacia la prevención de este tipo de enfermedades y en lugar de eso, se castiga o se rotula denigrantemente a los pacientes, en especial a los que sufren de locura. Así, hablando en términos de esquizofrenia se ve la insistencia que tienen los científicos por nombrar la enfermedad, por darle una serie de características que se acoplen al paciente que puede o no padecer esta enfermedad y de administrar un medicamento que dé al paciente un pseudoalivio que no es más que un escape a los síntomas, esto a pesar de que sabemos que cada sujeto cuenta con ciertas peculiaridades que lo hacen difícilmente igual a otro más.

Muchos de los análisis realizados por los expertos científicos dirigidos a entender la esquizofrenia no han logrado más que crear más confusiones en torno a la enfermedad. Se diagnostica y se le da a la persona una condena por el resto de su vida que va acompañada no solo de un estigma social, sino además de un tratamiento con medicamentos que al final terminan haciendo la vida del paciente más difícil por los efectos a largo plazo. El paciente deja de hacerse responsable de su cuerpo y comienza a ver una solución externa, la solución no es él mismo, no proviene en nada del cuestionamiento a sí o la búsqueda de su bienestar, sino que proviene de un factor externo que no logra solucionar el problema pues solo mengua los síntomas. Hoy en día es fácil hablar de una enfermedad, darle un diagnóstico a una persona y condenarla a vivir en condición de enfermo haciendo que deje de verse como un ente completo, se ven como entes externos y separados de su propio

cuerpo, no son un cuerpo tienen un cuerpo, una enfermedad, y por tanto se dedican a cuidar solo esa parte, a administrar una solución a algo de lo que no se hacen responsables.

De aquí se parte para enfatizar la necesidad de un modelo holístico para comprender no solo la enfermedad, sino también el proceso de construcción de ésta. Englobando más allá de aspectos biológicos, sociológicos o psicológicos por separado y centrándose en los tres objetivos principales que plantea López Ramos (2013) dentro de la psicología corporal los cuales fueron utilizados para la presente tesis y que son:

1. Hacer una reconstrucción de la historia del cuerpo para conocer los procesos de las emociones y sus implicaciones.
2. Recurrir a la historia oral para identificar para identificar el proceso de construcción corporal y emocional en la enfermedad
3. Hacer un análisis de esta realidad corporal para comprender la historia de la patología y pensar en estrategias de intervención y prevención.

Estos tres puntos que se abordaron, nos demuestran que la historia de cada una de las personas que se entrevistaron es esencial para saber cómo cada uno de ellos construyó su estilo de vida, su forma de ver al mundo, sus enfermedades, sus gustos, sus actividades, etc, y que cada una de estas partes es un resultado de las emociones, la historia del sujeto, el proceso social, el proceso familiar y el proceso psicológico que no se encuentran por separado en el organismo, sino que cooperan para la auto-regulación del mismo. La enfermedad que se aborda en el presente escrito parece originarse a partir de relaciones entre los aspectos que se mencionan, siendo lo más notorio lealtades familiares hacia el padre de familia, una repetición del patrón que presenta el padre que se trató de eludir, de emociones particulares como la ira y la tristeza, la evasión de responsabilidades, anhelos, un proceso familiar de maltrato, el contexto y los rencores.

Cada emoción y pensamiento de los pacientes los llevo a padecer una dolencia en algún órgano que tuvo un proceso que termino por concretarse en la esquizofrenia con el fin de que el cuerpo alcanzará un equilibrio evadiendo mentalmente lo que le perturbaba, las alucinaciones fueron el medio de escape de esos sentimientos que se encarnaron en cada uno de los pacientes y esto se puede ver cuando los pacientes relatan alucinaciones que los transportan al cumplimiento de sus frustraciones como el caso de Sofía que después de dejar a su esposo y queriendo cumplir con uno de los estándares que le marca la familia, alucina que ella es Eva y él Adán y que deben permanecer juntos. Este último es solo un ejemplo de los resultados que se obtuvieron y que nos permiten ver que el origen de esta enfermedad está en el cómo los integrantes de la familia se enfrentan a los problemas que los atraviesan evadiendo o resolviendo lo que los aqueja dentro de otra realidad. El cómo las emociones resultan en padecimientos que aquejan en común a la familia o que caracterizan a la misma en general. Del anhelo a la emoción y de la emoción a la enfermedad, así es básicamente como el cuerpo de estas personas reacciona o lucha por una estabilidad, por defender la vida.

El tema presente permite a las personas que cargan con este diagnóstico o con algún otro dentro de su historia familiar, visualizar un camino sin condena abriendo la posibilidad de liberarse de cualquier enfermedad, porque si bien tenemos una memoria celular que nos caracteriza y procesos similares, también tenemos de cierto modo una posibilidad de hacer con estos lo mejor para nuestra propia vida. Así pues, podemos retomar la frase del inicio expresada por Herman Hesse en 1919 “La historia de cada hombre es esencial, eterna, divina, y cada hombre mientras vive en alguna parte y cumple la voluntad de la naturaleza, es algo maravilloso y digno de toda atención”.

Con todo esto, podemos decir que si abrimos los ojos a lo que nos aqueja y el cómo se origina, podríamos no solo encontrar una mejora en el tratamiento de los padecimientos, sino una forma de prevenir estos. Si bien es cierto, que la medicina Oriental cuenta con una serie de características que permiten su validez, también es cierto que debido a los modelos Cartesianos con los que se rige la sociedad

actualmente no es tan fácil la integración de la misma al proceso sanitario, tal vez será necesario formular un modelo mixto fundamentado en las razones holísticas de las que se hablaron a lo largo del escrito para poder adaptar este a la forma en que se trata a los pacientes e informar a la sociedad sobre este tipo de enfermedades para reducir el estigma y poder tratarlo de una forma más global, por ello este escrito abre una pauta para introducir más adelante un tratamiento holístico adecuado y adaptado a la sociedad que permita la prevención, el cuidado y la regulación de los pacientes con esquizofrenia, además de un medio para tratar otro tipo de enfermedades mentales que afectan a gran parte de la población Mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, C., Reiss, D. & Hogarty, G. (2001). *Esquizofrenia y Familia*. Argentina: Amorrortu.

Bellak, L. (1962). *La esquizofrenia: Revisión del síndrome*. Barcelona: Herder.

Belmonte, C. (2007). Emociones y cerebro. *Rev. R. Acad. Cienc. Exact. Fis. Nat (Esp)*, 101(1), 59-68.

Bogelot, M. G. (2003). *El Visitador del preso*. España: Biblioteca Virtual Universal.

Broustra, J. (1979). *La esquizofrenia*. Barcelona: Herder.

Cañamare, J., Castejon, M., Florit, A., González, J., Hernández, J. & Rodriguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid, España: Síntesis.

Capra, F. (1998). *El punto crucial*. Argentina: Troquel.

Capra F. (1983). *El tao de la física*. España: Sirio

Castle, D. & Kulkarni, J. (2000). *Women and schizophrenia*. United Kingdom: Cambridge University Press.

Chinchilla, A. (1996). *Las esquizofrenias*. Barcelona: Masson.

Cuevas, C.& Perona, S.. (2002). *Terapia cognitivo- conductual y psicosis*. Clínica y Salud, 13, 307-342.

Dergán, J. (2006). *Neuropsicología de la esquizofrenia*. Bogotá: Ecoe.

Diccionario de Psicología (2002). México D.F., México: Siglo Veintiuno Editores.

Durán, N. D. (2004). *Cuerpo Intuición y Razón*. México: CEPAC.

Eersel, P. y Maillard, C. (2004). *Me pesan mis ancestros*. México: CEAPAC.

El gran libro de la salud (1971). México: Selecciones del Reader' s Digest.

Figeroa, A. (2001). *Aproximación al discurso esquizofrénico*. Santiago: Universidad de Chile.

Freud, S. (1911). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides), descrito autobiográficamente, Caso Schreber*. Obras completas XII.

Frith, C. (1995). *La esquizofrenia: Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona, España: Ariel, S. A.

Georges, H. (1978). *La esquizofrenia*. Barcelona: Planeta.

Goldstein, K. (1974). *Enfoque metodológico para el estudio del desorden del pensamiento esquizofrénico*. Buenos Aires: Paidós.

Hernan, S. (1993). *La esquizofrenia, de Kraepelin al DSM- IV*. Santiago: Ediciones de la Universidad Católica, pp. 153- 156.

Jackson, D. (1960). *Etiología de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrorto editores.

- Kasanin, J. S. (1974). *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia*. Buenos Aires: Piados.
- López, S. (2006). *El cuerpo humano y sus vericuetos*. México: Editorial Migue Ángel Porrúa.
- López, S. (2008). El cuerpo humano, la cultura y la salud. *Educacáo & Linguagem*, 17, 40-57.
- López, S. (2011). Las primeras explicaciones de lo somático en México. *Mundo Siglo XXI, Revista del CIECAS-IPN*, VII, 65-78.
- López, S. (2011). *Lo corporal y lo psicossomático, Aproximaciones y reflexiones VII*. México: CEAPAC.
- López, S. (2013). *La construcción corporal y la salud emocional*. México: Los reyes.
- Lukoff, D. (1985). The myths in mental illness. *The journal of Transpersonal Psychology*, 17(2), 123-153.
- Martínez, A. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Minkowski, E. (2000). *Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. México D.F: Fondo de cultura económica.
- Mondragón, C. (2002). *Concepciones de ser humano*. México: Paidos
- Novella, E. & HuertasR.. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia.

Clínica y Salud, 21(3), 205-2019.

Ohashi, W. (1991). *Cómo leer el cuerpo*. Argentina: Urano.

Pérez, A. y Romero, F. (1995). *Psiquiatría para no psiquiatras*. España: TESITEX.

Piro, S. (1987). *El lenguaje esquizofrénico*. México: Fondo de Cultura Económica.

Silvano (1965). *Interpretación de la esquizofrenia*. Barcelona: Labor.