



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ARAGÓN

**“LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA COMO LOCURA
EN MUJERES MEXICANAS”**

R E P O R T A J E

Trabajo periodístico y comunicacional

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LIC. EN COMUNICACIÓN Y
PERIODISMO**

P R E S E N T A:

ELSA FRIDA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

ASESORA:

MTRA. LAURA RUSTRIÁN RAMÍREZ



2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

Introducción

1. La esquizofrenia en la antigüedad	09
• Una familia fragmentada	10
• ¿De dónde viene la palabra “locura”?	22
• Del estigma de locura al concepto de esquizofrenia	39
• Bedlam 1946. Tratamiento a través de los años	48
2. La esquizofrenia en la actualidad	57
• Marcela y Rocío, dos ejemplos	58
• Definición, tipos y características en la psiquiatría moderna	64
• ¿Cómo se ve la esquizofrenia en el mundo?	73
• Así vive una esquizofrénica en la Ciudad de México	84
• Organismos en apoyo al tratamiento de la esquizofrenia en la Ciudad de México	90
3. Consecuencias	93
• Tomasa, un caso de éxito	94
• ¿Cómo afecta la enfermedad a los familiares de la esquizofrénica mexicana?	98
• “Los periodistas, en temas de salud mental, aquí no entran”.	105

Consideraciones finales

Fuentes consultadas

Anexos

Introducción

En la actualidad –y desde la antigüedad-, la sociedad ha carecido de elementos para comprender, tolerar y tratar a los enfermos mentales. Un ejemplo de ello es el sector social femenino que sufre esquizofrenia, un padecimiento altamente estigmatizado y del que se difunde poca información.

La esquizofrenia afecta al 1% de la población, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, a 21 millones de personas, de las cuales, 9 millones son mujeres. Aunque en México la enfermedad tiene la misma prevalencia (1%), y se estima que afecta a más de un millón de mexicanos, por desgracia, no existe la cifra de mujeres que la padecen.

En 2015 había aproximadamente 61 millones de mujeres en la República Mexicana, lo que representa al 51% de nuestra población; desafortunadamente, en México 6 de cada 10 mujeres se han sentido discriminadas en algún momento de su vida --independientemente de padecer una enfermedad mental o no--, de acuerdo con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Por lo anterior, se eligió trabajar exclusivamente con pacientes del sexo femenino, dado que son altamente vulnerables a sufrir discriminación. Sin conocer la cifra exacta de féminas mexicanas con esquizofrenia, la OMS considera que sólo el 50% de los afectados (de ambos sexos) reciben tratamiento adecuado.

El mal manejo de la esquizofrenia desde las primeras etapas, disminuye la calidad de vida de las pacientes que la padecen, e incrementa la posibilidad de ser víctimas de discriminación, de ahí la trascendencia de abordar el tema en el presente reportaje, que surge de la necesidad de modificar el concepto de la esquizofrenia y la enfermedad mental en general.

La mujer ha sido discriminada por su sexo desde épocas remotas, hecho que se adhiere al problema principal, que es su esquizofrenia, una enfermedad que, como se explicará en este texto, puede llegar a detener por completo la vida familiar, laboral y académica de las enfermas.

En el presente reportaje, se da a conocer cómo enfrentan el trastorno tanto los familiares de las pacientes como la enferma, desde el momento de su diagnóstico, sea oportuno o tardío, y cuáles han sido sus vivencias durante las etapas posteriores al descubrimiento de la enfermedad y a lo largo de su vida, de tal suerte que se ilustra cómo, con las condiciones adecuadas y el apoyo de sus cercanos, las pacientes pueden reintegrarse a la vida cotidiana sin problema y ser personas “funcionales” en la sociedad.

Con la finalidad de ilustrar la importancia que tienen las familias de las enfermas en su tratamiento y recuperación, a lo largo de esta investigación se realizaron entrevistas a hermanas, padres y conocidos de las pacientes. Todos los entrevistados para este trabajo, han participado de modo activo y desde diferentes sectores, en la vida de las pacientes, ofreciendo su apoyo para mejorar la calidad de vida de las esquizofrénicas.

El *reportaje* es conocido entre los del gremio periodístico como el mayor de los géneros periodísticos, en primera instancia por la amplitud con la que se abordan los hechos noticiosos y, en segundo lugar, debido a su empate con el resto de los géneros tanto periodísticos como literarios de los que el autor se echa mano para contar la historia, entre ellos destacan la entrevista, la crónica y, –en ocasiones--, la interpretación y opinión de quien lo escribe. Así como el ensayo y la narración literaria. Mismos que fueron usados para este texto.

De acuerdo con el Manual de Periodismo de Vicente Leñero y Carlos Marín, el reportaje “profundiza en las causas de los hechos, explica los pormenores, analiza caracteres, reproduce ambientes sin distorsionar la información (...), es una creación personal, una forma de expresión periodística que además de los hechos, recoge la experiencia personal del autor”.

Para conseguir lo anterior, durante la elaboración de este trabajo, se realizó investigación de tipo documental y de campo. Asimismo, se utilizó el método de *extrapolación* en el que --por medio del tipo de reportaje *follow up*--, se dio seguimiento a tres casos distintos de personas que sufren esquizofrenia, cada

uno, tratado como un hecho noticioso aparentemente aislado uno de otro; y el método de *síntesis*, que permitió comparar los casos estudiados para exponer las similitudes y diferencias que existe entre cada modo de vida de las personas que aportaron sus testimonios.

La *experiencia personal* de la --de la que tratan Leñero y Marín--, se llevó a cabo por medio de diferentes cambios del punto *de observación* realizados durante la investigación. Como en el caso de muchas otras investigaciones, para obtener esa experiencia y conocer de cerca la vida de los implicados en el problema (en este caso de pacientes, médicos tratantes y familiares) fue indispensable el trabajo de campo. Las visitas a nosocomios, hogares, y otros espacios físicos permitieron ese acercamiento.

Asimismo, las entrevistas y encuestas realizadas, permiten al lector involucrarse en la realidad cotidiana de las mujeres esquizofrénicas, para así, modificar los pensamientos y opiniones iniciales con respecto al tema.

El primer capítulo, titulado *Una familia fragmentada*, explica de manera general los orígenes del estigma de la locura ante los pacientes con esquizofrenia. Abordado --con la desorganizada vida de la señora Rosa como hilo conductor-- desde un enfoque literario, histórico y teológico, este capítulo retrata la historia de una mujer cuyos únicos dos sueños (tener una familia y una casa propia), se vieron perturbados por la enfermedad mental, la falta de tratamiento y de atención médica oportuna, así como el rechazo y posterior abandono por parte de su familia.

En la actualidad Rosa --cuya única compañía son los ruiditos musitados que provienen de su boca y los delirios que ha presentado desde joven--, todavía camina por las calles de la capital de México sin un rumbo fijo aparente y con la mirada perdida en el vacío.

El segundo capítulo, de título *Marcela y Rocío, dos ejemplos* explica cómo se trata la esquizofrenia en la actualidad en México y en el mundo; con el enfoque de especialistas en psiquiatría --quienes fueron entrevistados especialmente para

este texto— y la literatura médica de vanguardia, se pretende mostrar un panorama global sobre lo que significa padecer esquizofrenia. Marcela y Rocío, dos pacientes que comparten risas y actividades en un centro de artes para personas con el trastorno, ilustran desde su opinión cómo es ser mujer y vivir con esquizofrenia en la Ciudad de México.

El caso de la tía Tomasa, finalmente, es un capítulo que reúne las versiones de familiares de mujeres esquizofrénicas, y profesionales (quienes también tienen algún familiar con el trastorno o alguno similar), para exponer la trascendencia y el invaluable apoyo que pueden aportar sus seres queridos a las esquizofrénicas.

Comparado con el caso de Rosa, el de la tía Tomasa —cuya narrativa da forma al capítulo— deja al descubierto la vida de una mujer que, aunque no consiguió tener una vida totalmente normal, sí demostró que con los tratamientos y el apoyo adecuados se puede vivir con esquizofrenia durante décadas y morir de causas completamente ajenas a su enfermedad mental.

Resulta innovador abordar la esquizofrenia en un reportaje escrito desde la lupa periodística. Se exponen datos duros sobre esta enfermedad en México y en el mundo, se da cuenta del problema y de cómo afecta a las enfermas, y se recopila información a manera de compendio.

Se trata de una investigación de valor multidisciplinario, sobre todo en las áreas sociales y en la rama médica de la psiquiatría, que da voz tanto a las mujeres que la padecen como a sus familiares y amigos, tomando en cuenta la discriminación y desvalorización que ha caracterizado a la enfermedad mental a través de los años.

El enfermo de esquizofrenia no puede mantener una vida normal. De ahí que surja la problemática de esta investigación: en México, y puntualizando, en la Ciudad de México, las mujeres entre 25 y 55 años de edad que padecen esta enfermedad carecen de las facultades para integrarse de manera adecuada a la sociedad, además de hacerse acreedoras a la falta de apoyo derivada de la carencia de información. La edad de este sector poblacional indica que son mujeres en edad

de trabajar, formar una familia y establecerse dentro de la sociedad, pero que, por la naturaleza de su padecimiento son *incapaces*.

Este proyecto toma una muestra testimonial y datos de referencia únicamente entre la población esquizofrénica del sexo femenino en la edad adulta de 25 a 55 años (y familiares), residentes de la Ciudad de México entre 2018 y 2019, años en los que se realizó la investigación.

La edad se limitó de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), organismo que distingue la edad productiva laboral de la mujer en México de los 15 a los 65 años. Debido a que en promedio los primeros síntomas de la esquizofrenia se dan a partir de los 25 años y el esquizofrénico reduce considerablemente su esperanza de vida, en promedio 10 años, se decidió sólo tomar en cuenta a la población que va de los 25 a 55 años.

Fueron entrevistados psiquiatras, talleristas, historiadores y miembros de la Iglesia, y se realizó una encuesta a 200 personas, todos habitantes del estado y la Ciudad de México, quienes fueron abordados a las afueras e interiores de hospitales y unidades médicas de atención a la salud mental, esto, con la finalidad de contextualizar la investigación y conocer cómo se piensa la esquizofrenia en México.

Se eligieron dichos lugares para realizar las encuestas debido a la cercanía de esos ciudadanos a la esquizofrenia y otros padecimientos mentales, dado los sitios que frecuentan.

¿Para qué llevar el tema de la esquizofrenia a un reportaje?

Se suele decir que el periodismo *debe de ser* neutral, sin tendencias ni prejuicios, sin embargo, este reportaje –al igual que muchos otros-- contiene tantas opiniones como entrevistados fueron requeridos. Su “objetividad” recae más bien en los puntos de vista de los testimonios: las mujeres esquizofrénicas, el foco de este trabajo.

Médicos psiquiatras, historiadores, padres, autoridades del sector salud y enfermas son los que le dan vida al texto y sentido a las cifras y números que por sí solos podrían no explicarle nada al lector, porque el trabajo del periodista no es lanzar datos a su público, sino interpretarlos y asegurarse de que sean entendibles.

Hay que hacer que el lector haga el texto junto con quien lo redacta; es por eso que los testimonios aquí presentados relatan la vida y anécdotas por las que pasan de manera cotidiana las mujeres esquizofrénicas, pero sin normalizarlas.

Todas las mujeres esquizofrénicas que fueron entrevistadas para este trabajo –así como sus familiares y cercanos--, son personas con sueños y metas, cuyo objetivo al aceptar contar sus experiencias con la enfermedad, el sufrimiento por el que han pasado, y la continua frustración a la que se han visto expuestas, no es otro sino darle a conocer a los lectores cómo sobrellevan el padecimiento a lo largo de sus vidas.

1. La esquizofrenia en la antigüedad



Géricault, Théodore, *La loca*. 1822, óleo sobre lienzo, 72x58, Musée des Beaux Arts. Lyon.

- **Una familia fragmentada**

Es el loco que hay en nosotros el que nos obliga a la aventura; si nos abandona, estamos perdidos: todo depende de él, incluso nuestra vida vegetativa; es él quien nos invita a respirar, quien nos fuerza a ello, y es también él quien empuja a la sangre a pasearse por nuestras venas. ¡Si se retira, nos quedamos solos! No se puede ser normal y vivo a la vez.

Émile Cioran

A sus 24 años, Beatriz, hija de padres separados y con su primer hijo en el vientre, se envalentonó para salirse de casa con su media hermana de seis años, a quien posteriormente y sin informar a nadie, daría en adopción. ¿La razón? Rosa, la madre de ambas, padecía esquizofrenia de tipo paranoide, condición que la incapacitaba para encargarse del cuidado de su hija.

Era noviembre de 2002 en el entonces Distrito Federal. En esa época Rosa tenía 49 años y una vida sencilla, en apariencia. Vivía junto a su madre, una de sus hermanas y su hija de seis años, en un departamento ubicado en el último piso de un edificio que permitía ver la Torre Ejecutiva de Petróleos Mexicanos (PEMEX) desde cualquier ventana.

Para entonces, Rosa había estudiado una licenciatura, se había casado de blanco y tenía tres hijos: un varón y dos niñas. Sin embargo, no ejercía su carrera profesional ni mantenía una relación con quien había contraído nupcias, y mucho menos era cercana a sus hijos.

El matrimonio de Rosa --en el cual dio a luz a sus dos primeros hijos, Beatriz y Paco--; estuvo lleno de peleas, gritos y algunas visitas al psiquiátrico. Desembocó en la desintegración de la familia y culminó con el divorcio.

Años después, Rosa volvió a tener una pareja, esta vez era una persona mucho mayor que ella, de la cual, nadie sabe nada. Ni su nombre o lugar de procedencia. Tampoco se sabe si él estaba al tanto de la esquizofrenia de Rosa.

De aquella relación fugaz nació la última hija de Rosa, la niña que Beatriz dio en adopción principalmente por dos motivos: el ambiente hostil en el que se desarrollaría y el casi total abandono por parte de su madre y, por supuesto, por parte del hombre que la engendró pero desapareció, porque le resultaría agotador vivir con Rosa.

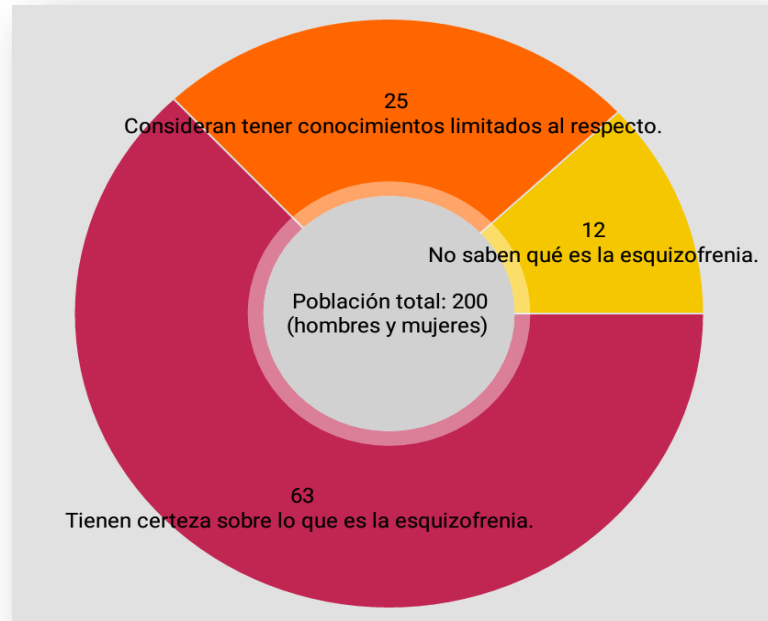
El concepto de loco viene de muy atrás, por eso, tratar con el estigma que se produce ante las personas que padecen alguna enfermedad mental no es tarea sencilla. Mucho menos en una sociedad como la mexicana. Si se cuestiona a los ciudadanos mexicanos con respecto a la esquizofrenia, los resultados pueden resultar controversiales.

No faltarán quienes usen como sinónimo de cualquier enfermedad mental la palabra loco, habrá otros para quienes pronunciar la palabra “esquizofrenia” represente toda una peripecia. Están también los que se quedan en la espiral del silencio, sin saber ni opinar nada.

Con el propósito de ejemplificar lo anterior, se realizó un sondeo de opinión a 200 ciudadanos mexicanos. Todos residentes del Estado y la Ciudad de México. Fueron elegidos al azar en las inmediaciones de hospitales e institutos psiquiátricos, e interrogados sin previa contextualización para identificar si tienen conocimiento sobre lo qué es la esquizofrenia y de qué manera la describen.

Los resultados arrojan que, de los encuestados –cuyo rango de edad va de los 18 a los 76 años--, el 63% afirma saber qué es la esquizofrenia, mientras que el 25% asegura haber leído/escuchado al respecto aunque sin tener conocimientos suficientes sobre el tema. Solo 12% de los encuestados niega saber lo que es.

Gráfica A



Sondeo realizado entre junio y julio de 2018. Gráfica: Frida Sánchez.

Las respuestas de quienes afirman saber qué es la esquizofrenia o tienen conocimientos aunque sean limitados al respecto, demuestran que, en su mayoría, los encuestados identifican a la esquizofrenia no solo como una enfermedad o un trastorno mental sin cura, también consideran que afecta la percepción de quien la padece, que tiene que ver con oír u observar a personas inexistentes, tener cambios de humor o ser agresivos. Desafortunadamente, hay también quienes opinan que se trata de personas “locas”.

Algunas de las respuestas más repetidas, proporcionadas por los encuestados fueron:

- “es una enfermedad mental en la cual la persona afectada tiene cambios repentinos en su personalidad, escucha voces, etc.”;
- “trastorno mental sin cura aparente controlado con medicamentos”;
- “alucinaciones que se salen del control de la mente”;
- “es una condición en la que la persona ve y escucha personas”;
- “una persona nerviosa con cambios de humor”;
- “personas que son ansiosas o atentan contra su vida”;
- “es la locura”;
- “son las personas que están locas”.

Independientemente del concepto o definición que se dé a la palabra esquizofrenia, la vida de una mujer que padece dicho padecimiento, nunca vuelve a ser la misma; en ocasiones sus sueños y aspiraciones se truncan –tal es el caso de Rosa--, lo cual genera mucha frustración en la paciente y, por su puesto, en familiares y amigos.

Una tarde de agosto, el hermano menor de Rosa, Jorge, me abre las puertas de su departamento en la colonia Anáhuac, lugar en el que habita junto a su esposa, tres hijos y un perro. En este mismo departamento vivió Rosa hace algunas décadas, por eso acepta platicar sobre la vida de su hermana, a quien a pesar de no haber visto desde hace “algunos años”, sabe que se encuentra “estable”.

“Ella iba muy bien en la escuela, sí le gustaba”, platica Jorge sentado en un sillón de su sala, bastante desordenada y con mosaicos despegados del cemento. Según su versión, Rosa era una mujer responsable y con gusto por lo fino y los buenos modales. Al menos durante su juventud, cuenta, le apasionaban la lectura y sus estudios.

“En la primaria, secundaria y prepa yo creo que le iba en todo bien, estudió hasta la universidad, comunicación precisamente. Entró a trabajar y ganaba muy bien. Le daban un buen sueldo y además se casó de blanco, fue la única hermana que salió de blanco”, me cuenta durante la entrevista. A mitad de la conversación Jorge se levanta del sillón de color oscuro y me ofrece un vaso de jugo. Parece amable.

Jorge cuenta que “de repente”, Rosa lo dejó todo. No tiene certeza de la edad que tenía cuando “ya no siguió” con su vida. Dejó el trabajo, se separó de su marido, de sus hijos, regresó a vivir a la casa de sus padres y se aisló.

“Ahí deben estar sus papeles de la escuela, alguien los debe tener, porque ella sí estudiaba y leía mucho”. Cuando habla, Jorge se toca la cara y gesticula con frecuencia. Parece que le sudan las manos porque, desde que iniciamos la conversación, no deja de frotarlas contra la tela sucia del pantalón de mezclilla que

usa para trabajar. Sus manos, quemadas quizá por el sol o por el arduo trabajo que realiza con ellas, lucen descuidadas. Están llenas de arrugas y reseca.

Jorge es carpintero desde su juventud, ahora tiene poco más de cincuenta años y “hace, hijole ya mucho”, que no ve a su hermana Rosa, pero es el único de sus hermanos con disposición para hablar al respecto.

15 años después de la adopción de la hija de Rosa, Beatriz, con casi cuarenta años, me espera en el Balcón del Zócalo --ubicado en el centro de la ciudad-- para contarme cómo fue su experiencia como hija de una esquizofrénica. La hija mayor de Rosa prefirió abandonar la vida que le ofrecía su madre y rescatar de “ese ambiente hostil” a su media hermana, cuyo nombre, por decisión de los testimonios, aparece como “la niña”.

La versión que ofrece Beatriz --quien aceptó ser entrevistada en momentos y lugares distintos a los de Jorge--, no difiere de las aportaciones de su tío. La primogénita de Rosa también asegura que a su madre le gustaba la lectura y estar al pendiente de la cultura. “Me acuerdo que siempre decía que si querías ser algo (en la vida) debías estudiar, leer y pensar. Decía que las mujeres en este país no son nada si no estudian”.

“Ella leía muchísimo y te regañaba si tú no lo hacías o andabas en la flojera. Le gustaba lo fino, no era una mujer fácil de complacer. Cuando se trataba de maquillarse era de las que se ponía poquito de todo. Poquito labial, poquito en los ojos, el maquillaje exagerado era de mal gusto y, ella, como la mujer culta que buscaba ser, no podía andar exhibiéndose así”, explica entre risas, pues presume que su madre siempre fue bastante “excéntrica”.

A pesar de las cualidades de su madre, Beatriz cuenta que había conductas que a ella siempre le parecieron extrañas. “También era racista, y te decía que a las (mujeres) de piel morena no se les trata igual. Exageraba con esos pensamientos”, comenta Beatriz, pero su discurso se ve pausado por los bocados de comida que introduce a su boca. Todavía no termina la hora del desayuno en el Balcón del Zócalo.

De hecho, la esquizofrenia es así, los pacientes que la padecen tienen cambios en su comportamiento, muchos de los cuales, tienden a ser confundidos con la personalidad del enfermo, por ejemplo el delirio de grandeza, miedo sin fundamento aparente o problemas de adaptabilidad; no son pocos los casos en que los familiares acuden con un especialista solamente hasta que notan cambios drásticos en su comportamiento, como delirios, alucinaciones, oír voces o tener ideas “irracionales”.

Desafortunadamente, al no acudir con un especialista durante las primeras etapas de la enfermedad y no tener un tratamiento adecuado, las posibilidades de mejora para el paciente disminuyen. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, más del 50% de los enfermos de esquizofrenia no reciben el tratamiento adecuado. Además, según la misma organización los esquizofrénicos son menos propensos a pedir el consejo de un especialista, que el resto de las personas.

La conducta de Rosa no cambió drásticamente. Ningún familiar puede asegurar una fecha exacta que marque el inicio de la personalidad trastornada de la mujer. Lo que sí aseguran es que desde su adolescencia mostró una conducta “distinta a la de los demás”.

En casa solían usar con frecuencia la palabra “loca” para referirse a ella, porque se trataba de una persona de carácter difícil, voluble, incapaz de dar o recibir afecto, agresiva e incluso violenta; para ellos, la mujer era (y es) alguien intratable y con quien no se podía ni siquiera entablar una conversación adecuada, sin arremeterse en una discusión.

Los familiares de Rosa, en especial Jorge, consideran que el motivo esencial de su fracaso conyugal y el abandono de su empleo, se deben a que ella padece de “los nervios”, un malestar que nunca trató con un especialista.

Pero la verdad no tiene nombres ambiguos, pues a finales de 2002, Rosa fue diagnosticada con esquizofrenia de tipo paranoide, lo que le impedía, de manera definitiva, llevar una vida normal. Para Rosa, salir a trabajar, ir de compras,

cocinar comida en casa, o cualquier otra actividad y, sobre todo, criar a una menor de seis años, se convirtieron en tareas titánicas.

En diciembre de 2002, el médico psiquiatra Vicente Alonso –por orden de Beatriz, quien ya había iniciado los trámites de adopción de su pequeña hermana--, visitó el departamento de Rosa para realizar una entrevista y conocer la viabilidad de que la menor de seis años pudiera continuar viviendo con su madre.

El informe médico que surgió de aquella visita en la cual estuvieron presentes Rosa, Beatriz, la madre de Rosa y la niña, fue enérgico: “se encontró a una mujer de edad aparente similar a la cronológica (49 años), de tez blanca, talla media baja, complexión regular, con lenguaje espontáneo de tono medio y velocidad aumentada, circunstancial, pobre y sin llegar a metas fijas. Con soliloquios musitados y suspicacia persistente, denota desorientación parcial en tiempo pero sin datos de confusión mental”.

Y continúa posteriormente: “En el contenido de pensamiento hay cauce a ideación delirante paranoide mal sistematizada; en el sensorio impresiona como portadora de trastornos cualitativos auditivos; afecto inapropiado, ansiedad moderada y humor de bienestar. Su juicio auto y heterocrítico con graves fallas en la adaptabilidad, hay falsificación en la interpretación y pérdida del sentido de la realidad externa”.

La declaración del psiquiatra era ineludible. La adopción de la menor fue inminente. Rosa sufre esquizofrenia, un padecimiento que, según datos de la Secretaría de Salud, hasta enero de 2017 afectaba a más de un millón de personas en México, de las cuales, unas 500 mil no recibieron tratamiento adecuado.

A pesar de ser considerada como la más grave de todas las enfermedades mentales no resueltas, es posible controlarla con medicamentos y terapia cognitiva y conductual. El detalle es, sin embargo, que en el mayor número de casos no se cuenta con el conocimiento adecuado, muchas veces porque el mismo paciente

tiende a negar la ayuda, es una enfermedad estigmatizada y además en ocasiones, su manejo y tratamiento apela a formas anticuadas.

Aunque es ligeramente más común en varones, las mujeres que padecen esta enfermedad son discriminadas y poco entendidas en México. A nivel mundial, este padecimiento afecta a nueve millones de mujeres, de acuerdo con el portal 24X7 <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia>, la edad promedio en la cual inician los síntomas en féminas va de los 25 a 35 años, época de gran actividad laboral y reproductiva entre las mujeres, lo cual significa, a la larga, un problema de grandes magnitudes para el modo de vida de estas personas, así como para sus familiares y cercanos.

Padecer una enfermedad mental puede significar ante los ojos de la sociedad, la incapacidad para llevar una vida normal o representar un motivo para alejarse de la persona por miedo a que sea “violenta” o haga algún tipo de daño.

Sin embargo, de acuerdo con diversos estudios al respecto, se ha llegado a la conclusión de que los actos violentos por parte de una persona con enfermedad mental o esquizofrenia son casos aislados, pues en la mayoría de las ocasiones, la enfermedad hace que los pacientes se vuelvan retraídos por temor a sus alucinaciones o a ser juzgados.

Un estudio realizado en España y publicado en 2009 por el diario El País, indica que apenas el 5% de los pacientes estudiados presentaban una conducta agresiva. Se sabe que este tipo de conductas tienen mayor incidencia en enfermos sin tratamiento o bajo el consumo de drogas, esto último, conocido en la literatura médica como “patología dual”.

“Cuando era niña (yo) no entendía por qué mis papás se peleaban tanto, tuve una infancia difícil porque ella no era una persona estable y se peleaban mucho”, recuerda Beatriz, quien asegura que el comportamiento de su madre era la causa de “la mayoría de los problemas”.

“Ya que estuve grande y vi que a mi hermana le iba a tocar la misma suerte, y que mi mamá nunca se iba a hacer cargo de ella, me la llevé”. Aquella fue “sin duda”, una de las decisiones más difíciles de su vida, pues marcaría una fractura en la historia familiar de su madre, y en la de su hermana, aunque asegura que su historia “ya estaba fracturada desde algunas décadas atrás, desde que ella enfermó”.

16 años después de la separación entre Rosa y su hija, los familiares de la paciente se encuentran plenamente confundidos. Beatriz no sabe por qué fue ellos que les tocó esa “suerte”. El departamento en donde vivía Rosa está lleno de cemento y trozos de escombros por las recientes remodelaciones que Jorge ha estado haciendo. Cambiará los mosaicos del suelo y volverá a pintar las paredes, todo con sus propias manos. La sala y el comedor huelen a madera; Jorge tiene las manos llenas de aserrín, pero parece no incomodarse, o no tanto como le incomoda hablar acerca de su hermana Rosa.

Apenas se menciona su nombre, Jorge se pone nervioso. Aunque reconoce que la mujer se enfermó “de los nervios” hace mucho tiempo, no sabe explicar con claridad la situación.

“Tal vez nos faltó informarnos”, declara Jorge en algún momento de la conversación, pues reconoce que, aunque él piensa que su hermana no tiene esquizofrenia, sabe que sus conductas no son normales y que “a lo mejor sí requería medicinas”.

En mayo de 2018, Luis Raúl González Pérez, presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, declaró que la falta de información sobre salud mental entre los mexicanos dificulta la atención adecuada de dichos padecimientos.

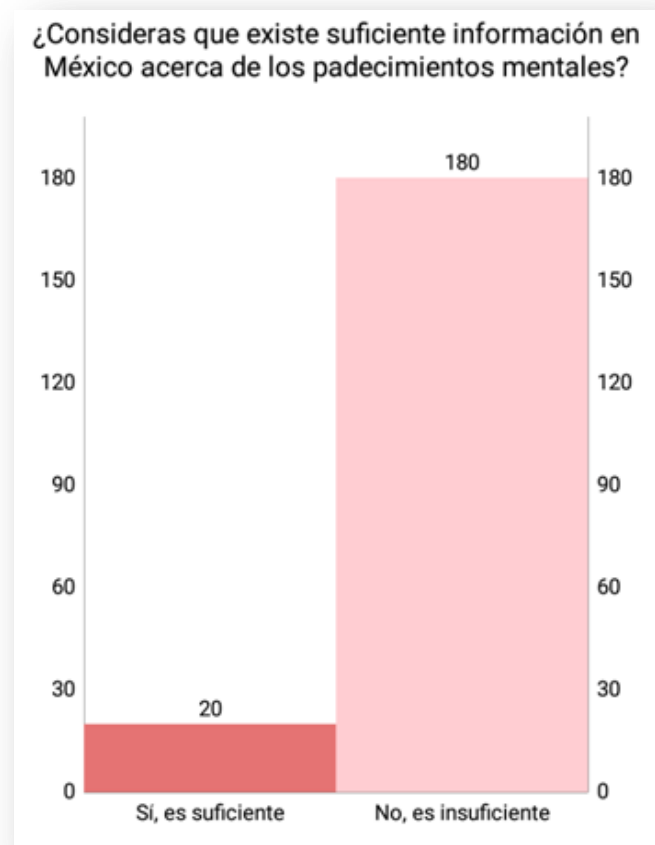
Durante la inauguración del Seminario “El Derecho y la Salud Mental”, organizado entre otras dependencias por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el funcionario reconoció la falta de elementos con los que cuentan los mexicanos para actuar en beneficio y apoyo de los enfermos mentales.



Tuit de la cuenta oficial de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Captura de pantalla tomada de: Acceso: <https://bit.ly/2R1eQd9> 22 de octubre de 2018.

Gráfica B

El 90% de los encuestados (180 personas) considera insuficiente la información sobre enfermedades mentales que circula en México (Gráfica B)



Sondeo realizado entre junio y julio de 2018. Gráfica: Frida Sánchez.

Jorge no es el único que considera insuficiente la información que existe en el país acerca de salud mental. De acuerdo con el sondeo realizado a 200 residentes de la Ciudad de México, el 90% considera insuficiente la información proporcionada por parte del gobierno y medios de comunicación. El otro 10% la considera suficiente, y argumenta que se trata de “informarse uno mismo”. “La información está ahí, pero no tenemos la cultura de ir por ella”, explica una de las encuestadas.

Meses después de dar en adopción a su pequeña hermana, Beatriz se mudó a otro estado sin informar a sus familiares cercanos; desde entonces, nunca volvió a su casa ni a ver a su madre. “No he pensado en regresar (a verla) porque se encuentra mal y ella lo sabe. A pesar de que no lo aceptaba, se daba cuenta de que algo no estaba bien con ella”.

Beatriz recuerda que en sus momentos de lucidez, Rosa le decía que “ellas” (Beatriz y “la niña”) estarían mejor lejos de ella, “que estábamos mejor de este lado, que la dejáramos a ella”, señala con un movimiento despectivo de manos. “Además nunca quiso tratamiento, no aceptaba la ayuda”, una actitud bastante común entre los esquizofrénicos.

“Alguna vez me recuerdo visitándola en el psiquiátrico (aproximadamente durante la década de los 80), pero se negaba a ir a esos lugares”. Según Beatriz, su madre estuvo internada al menos durante un par de ocasiones, recuerda que acompañaba a su padre --siendo ella una niña-- a algún hospital, pero no tiene la certeza del nombre o ubicación del mismo.

Cuando uno se acerca a platicar con la familia de Rosa, la confusión permea el ambiente; las razones del origen de la “locura” de la mujer --al igual que el de otros pacientes-- son prácticamente desconocidas. El clima dentro del departamento en el que antes habitaba Rosa junto a su madre, su hija y una hermana (quien, afirma la familia, también sufría esquizofrenia pero estaba controlada) se tensa al mencionar el nombre de la mujer o el de su hija.

Jorge perdió el contacto con su hermana esquizofrénica desde hace años, pero tiene la certeza de que “ella está bien” porque Claudia, otra de sus hermanas, se ha hecho cargo de ella desde hace unos diez años.

“¿Cómo habrían sido las cosas si se hubiera tratado?”, pregunta como para sí mismo Jorge, mantiene la mirada firme hacia la ventana que da a la avenida, los autos pasan frente a él. Sorbe un poco de jugo de su vaso y sonríe, dice que se siente desconcertado.

Como si las paredes se hubieran tragado las respuestas, Jorge agacha la vista y apenas musita: nunca he pensado que ella esté enferma. La realidad es que hasta la fecha, la familia de Rosa no sabe —o no acepta— lo que es la esquizofrenia.

- ¿De dónde viene la palabra “locura”?



Louis, Surugue, *La locura disfrazada de una mujer joven*, 1975
Imagen disponible en: <https://bit.ly/2vBWpin>
Acceso: 10 de agosto de 2018.

La palabra esquizofrenia se forma de las raíces griegas *esquizos* (skhizein), que significa “dividido”, y *frenos* (phren) que quiere decir “mente” o “inteligencia”. En la actualidad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés) describe a la esquizofrenia como “una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye al menos un mes de síntomas de la fase activa”; por ejemplo, dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un trastorno mental grave caracterizado por la “distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta”.

Aunque el concepto de esquizofrenia apareció desde la segunda década del siglo pasado, el lenguaje popular ha convertido en sinónimo –no solo de la esquizofrenia, sino de cualquier padecimiento mental— la palabra locura. La familia de Rosa no es la excepción.

“Nunca hemos dicho que Rosa tenga esquizofrenia, pero sí he visto y leído sobre ese tema. Yo pienso que nomás se hace la loca, que inventa”, describe Ana, la esposa de Jorge. Son casi las ocho de la noche, nos encontramos en el departamento de Jorge, un miércoles.

“Ella puede estar bien y agarra una taza de la mesa, la ve, te pregunta ‘¿qué es esto?’ y se ríe como si fuera algo muy gracioso pero no sigue la conversación”, describe Ana acerca del comportamiento habitual de Rosa.

En la cocina está encendida la estufa y el aroma del café puede olerse hasta el comedor, el cual por cierto, no queda muy lejos de la cocina. El departamento es pequeño, no hay algún muro que divida la sala del comedor, y la cocina queda en medio de un corto pasillo que si se atraviesa le permite a uno llegar al baño y a cualquiera de las tres habitaciones en las que duermen Jorge, su esposa y sus hijos.

A la mitad del pasillo del lado derecho, se encuentra la habitación en la que dormía Rosa. Ahora pertenece a una de las hijas de Jorge. Dentro de esta apenas hay espacio para una cama, el mueble de la ropa y un tocador, “mi hermana solo tenía su cama, un mueble de madera y su espejo”, cuenta Jorge, luego de que su esposa realizara los ademanes y las muecas con los que se expresaría su cuñada.

“Es bien grosera y arrogante”, continúa Ana. “Fíjate que ese es su mayor problema, es bien arrogante y cree que nadie está a su altura; como a ella le gusta leer, si tú no sabes no platica contigo, y si alguien llega a verla ella se queda en su esquina, te ve de reojo y te dice ‘ah, eres tú’ y sigue en lo suyo, viéndose las uñas o agarrándose las manos”.

Ana es una mujer de tez morena y cabello alborotado, de unos cincuenta años y estatura baja. Habla fuerte y le gusta platicar, “nunca se calla”, por lo que se atreve a contar todos los detalles que recuerda sobre Rosa, incluso sin que se le pregunte. “Se hace la loca”, repite con frecuencia.

“(…) Siempre trae unas tijeras en la mano, unas grandes, se corta las uñas con esas tijeras y nunca las suelta. (...) Quién sabe de dónde serán, pero las trae de años y aunque se le ha dicho que las deje porque puede lastimarse, no hace caso. Es necia...”, concluye Ana siempre con un tono de voz alebrestado y alegre.

Mauricio Rosel Vales, coordinador de la clínica de la esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz, situada en la Calzada México Xochimilco, se toma una hora de su tiempo para explicar cómo ha sido su experiencia al tratar con personas que padecen esquizofrenia.

Mauricio Rosel, coordinador de la esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz.
Foto: Frida Sánchez, 31 de agosto de 2018.



Es viernes y, a las once en punto de la mañana, la puerta de su consultorio se abre, el médico permite el acceso a un par de residentes vestidas de blanco, se sienta frente a su computadora y cuenta que, “desafortunadamente”, en México existe un gran estigma en torno a la esquizofrenia.

Asegura que en muchas ocasiones el origen de la estigmatización de los problemas mentales es mediático, “o proviene de las creencias que las personas tienen y que se han arrastrado de años”.

Sin embargo, el especialista afirma que no en todas las familias en las que algún miembro padece trastornos mentales ocurre lo mismo, pero que el proceso de aceptación de una enfermedad por parte de los familiares se complica cuando no entienden la enfermedad por la que pasa su familiar o porque se les dificulta comprender la realidad del paciente.

“No sabemos cómo reaccionarán, por eso tratamos de explicarles de manera que para ellos sea sencillo y útil”, la labor del médico psiquiatra en estos casos requiere “mucho sensibilidad porque cada familia, al igual que cada paciente, es completamente diferente”, explica.

Jorge considera que a su hermana se le quedó la idea de que “en los manicomios solamente se encerraban a los locos y se les trataba feo”, comenta, y explica que nunca permitía que se le ayudase, no acudía con un médico y, --al igual que su familia--, negaba estar enferma, “yo no sé si no quería ir por miedo o por lo que sabía acerca de esos hospitales”, platica.

Las personas que padecen esquizofrenia, especialmente durante las primeras etapas de la enfermedad, niegan estar enfermas porque de hecho, no se dan cuenta de que lo están. Las alucinaciones forman parte de la realidad en la que vive el paciente, quien no logra distinguir el estado de psicosis de la “realidad” en la que viven quienes no padecen el trastorno.



Señalamiento de tránsito con dirección al Hospital Fray Bernardino Álvarez, ubicado en la Avenida San Fernando, en la alcaldía de Tlalpan. Foto: Frida Sánchez, 7 de noviembre de 2018.

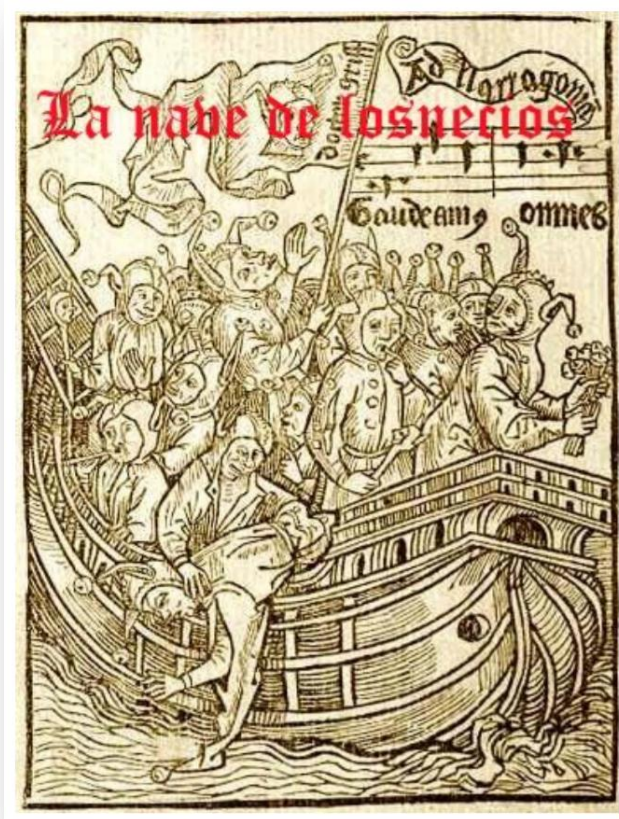
Históricamente, la humanidad se ha encargado de darle nombre a lo que no tiene y temerle a lo desconocido. La enfermedad mental no ha sido la excepción, en el siglo XV, por ejemplo, todo aquel comportamiento que se encontraba fuera de las normas sociales establecidas era fácilmente denominado locura.

Los locos eran aquellos que actuaban de manera irracional o cuyo comportamiento desafiaba los estándares de la normalidad. La epilepsia, las autolesiones y los padecimientos mentales eran considerados en épocas antiquísimas, cuando la medicina apenas mostraba sus primeros retoños –y ni qué decir de la psiquiatría- como comportamientos anormales y, por lo tanto, característicos de los locos.

A través de los años, en la literatura y en el vocabulario actual, se ha empleado la palabra loco para denominar al individuo cuya conducta carece de sentido o razón, incluso la Real Academia Española (RAE) define al loco como “aquel que ha perdido la razón”.

“Es común escuchar la palabra (loco) en nuestra cultura, incluso se utiliza de manera común ya sin dimensionar su trasfondo”, Mauricio Rosel coincide en que el impacto que dicha palabra puede tener en cada persona siempre será distinto, “por eso vale la pena que la familia acompañe al paciente y lo apoye”.

En términos generales, la locura ha estado presente en las sociedades desde épocas remotas; uno de los más famosos textos sobre el tema es la obra – comúnmente llamada-- *La nave de los locos* (1494), también conocida como *La nave de los necios* o en su raíz latina original *Stultifera Navis*, de Sebastian Brant.



Portada del texto *La nave de los necios* de Sebastian Brant.
Captura de pantalla tomada de:
<https://bit.ly/2D1wg0N>
Acceso: 31 de octubre de 2018.

Los necios o locos, seres humanos cuya moral no cumplía con lo establecido en la época, figuran como el personaje principal de la obra; eran individuos descarrilados, faltos de valores, y con formas de vida que sobresalían entre las de los demás; con dirección a la Isla de los Tontos, estos viajeros excéntricos, avanzaban en las aguas marinas a bordo de un barco cuyo único objetivo era desentrañar los pecados cometidos por la falta de moral de quienes abordaban el barco.

La nave ficticia descrita por Brant no es únicamente producto de su imaginación. Se trata de una representación de la realidad vivida por el autor en la época de transición entre el final de la Edad Media y el inicio de la Edad Moderna, perteneciente a la corriente de la Alemania humanista.

La época de Brant se caracterizó principalmente por el desarrollo de las ciencias, las técnicas y el descubrimiento geográfico, por ejemplo, la invención del telescopio, presentado por Galileo en 1606, o el descubrimiento de América en 1492; avances que llevaron al hombre –antes guiado únicamente por el pensamiento escolástico–, a cuestionarse su papel en el universo y con ello, a desarrollar la conciencia del yo.

Sin embargo, --como lo menciona Antonio Regales Serna en la introducción de la obra de Brant--, *La nave de los locos*, es un texto más bien moral cuya crítica está dirigida a los sujetos que no cumplían con la enseñanza de Dios, más que al enfermo mental:

(...) el necio brantiano está en la tradición de los libros de la sabiduría. Con la palabra *narr* no quiere designar Brant al bufón, al payaso o al débil mental, sino al necio y, por extensión, al pecador (...) y, mucho más raramente, al que comete locuras. Es cierto que también cuentan entre los antecedentes los necios del carnaval y los locos, pero no han dejado huellas de tanta importancia en *La nave de los necios*.

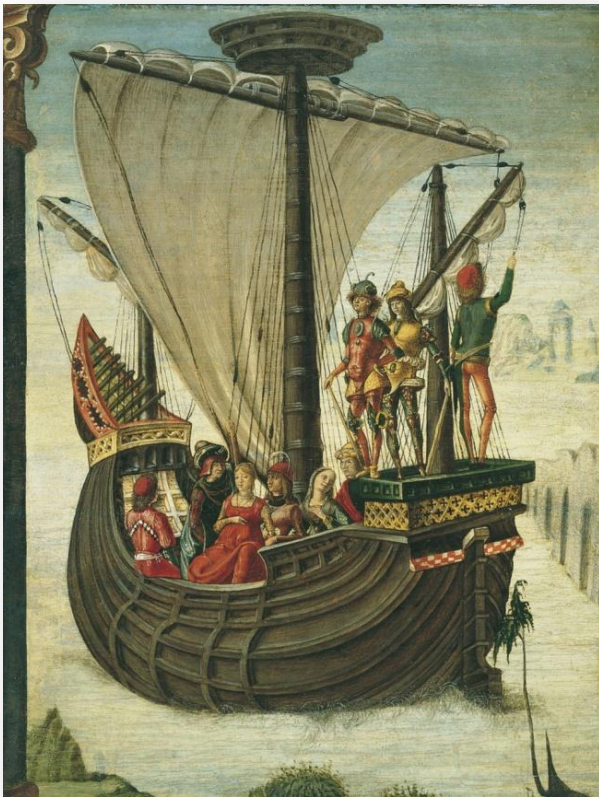
Un ejemplo de lo anterior es el fragmento titulado *De gustarse a sí mismo*, que dicta: “Remueve bien el puré de los necios el que piensa que es sabio y sólo se gusta mucho a sí mismo. Mira siempre como loco en el espejo y no puede apreciar que ve a un necio en el cristal”, que más que tratar acerca de un enfermo mental, se refiere a un narcisista.

No obstante, es menester mencionar que la presencia de dicha obra se encuentra en el imaginario colectivo como uno de los principales referentes a la locura. El francés Michel Foucault, por ejemplo, en su ensayo *Historia de la locura en la época clásica* (1961) indica que, aunque la obra de Brant, --al igual que otras tantas con la misma temática como: *Blauwe Schute* (1413) de Jacobe van

Oestvoren o *Nef des princes et des Batailles de Noblesse* (1502) de Symphorien Champier-- son solo productos literarios, el *Narrenschiff* de Brant sí existió.

Inspiradas en el mito griego de los Argonautas, en el que la tripulación a bordo del Argos y, comandada por Jasón, navegaba en busca del vellocino de oro, estas embarcaciones fueron creadas en Nuremberg (Alemania) para que los individuos insensatos con vidas errantes pudieran ser expulsados de las ciudades sin mayor problema.

Según los datos recopilados por Foucault, durante el siglo XV, en la ciudad alemana, las autoridades registraron la existencia de 62 “locos”, de los cuales 31 fueron expulsados de la ciudad, posiblemente en ese tipo de barcos. En aquel entonces no existía el término esquizofrenia, por lo que resulta difícil rescatar la cifra exacta de enfermos en la época.



De Roberti, Ercole, *Los Argonautas abandonan la Cólquida*, 1480.
Imagen disponible en:
<https://bit.ly/2D4QInc>
Acceso: 3 de noviembre de 2018.

La costumbre de la época dictaba que --a pesar de que algunos locos eran curados, incluso antes de la existencia de la primera casa de reclusión de enfermos mentales o manicomio--, a los vagabundos y locos se les aislaba del resto de la sociedad, o en su defecto se les

otorgaban a los marineros, quienes en el mejor de los casos los alojaban en aquellas embarcaciones, y cuando no, los abandonaban a su suerte en cualquier tierra.

Menciona entonces Foucault, que estas naves de peregrinación eran, a la postre, navíos “altamente simbólicos que conducían a los locos en busca de razón” y explica que “confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida”.

En otras palabras, se trataba de deshacerse de los locos, quienes en muchas ocasiones habitaban las calles, y de las implicaciones que su presencia traía a la comunidad. Asimismo explica el simbolismo del agua a la cual describe como la “masa oscura de sus propios valores”; en este sentido, la navegación libera al hombre, o en este caso, al loco, a la incertidumbre que conlleva su suerte.

No muy lejana aquella realidad de la nuestra, aunque con importantes diferencias en tiempo y espacio, en la Ciudad de México, de 2015 a 2018, la población en situación de calle aumentó un 55%, de acuerdo con un comunicado del gobierno local. Entre 2017 y 2018 se contabilizaron 4,354 personas en situación de calle, además, otras 2 mil 400 viven en albergues públicos. Lo anterior, de acuerdo con datos del Diagnóstico Situacional de las Poblaciones de ese periodo.

Se estima que al menos el 5% de la población mencionada viva en las calles debido a que padece problemas de salud física o mental. Aunque la cifra puede parecer nimia, de un total de 6,754, el 5% representa a unas 337 personas sin hogar y que padecen de algún trastorno mental, sin recibir tratamiento.

El Gobierno capitalino, por medio del programa de Atención Integral a Personas Integrantes de Poblaciones Callejeras (PAIIPC), busca asistir las necesidades básicas de las poblaciones callejeras, como acceso a baños, alimentación, ropa, servicio médico y valoración psiquiátrica. Sin embargo, el proyecto se encuentra rebasado por las alarmantes cifras que van en aumento.



Ilustración tomada de la versión digital de *La nave de los necios* (1494) de Sebastián Brant. Imagen disponible en <https://bit.ly/2JecrGY>. Acceso: 28 de mayo de 2018.

Los enfermos mentales no son aislados como ocurría en la época de Foucault o Brant. Sin embargo, el concepto de la enfermedad mental sufrió deformaciones y se atrasó con respecto a nuestra época, entre otros motivos, por los atributos religiosos que lo dotaron de estigma durante la denominada “Edad Media”. Coetáneos a la publicación de Brant y a las de otros escritores, los mitos que se divulgaban entre la entonces poco conocedora opinión pública sirvieron como base de otros trabajos artísticos y literarios cuyo enfoque fue la representación de la locura.

Por ejemplo, la destacada pintura realizada por El Bosco, de nombre homónimo a la obra de Brant, pintada entre 1490 y 1500, una de las representaciones más exactas, cuya primicia es destacar las características que en su momento les daban nombre a los locos.

La pintura muestra, entre otros personajes, a los seres que desafiaban la moral de la época: un borracho, una monja, el diablo, etc... Además, se muestra un embudo, símbolo de la locura en la época.

Este mismo artículo aparece en la obra —también de El Bosco— *Extracción de la piedra de la locura* (1494) en la que se muestra el trato que recibían algunos enfermos mentales durante el siglo XV, momento histórico en el cual para ser denominado loco bastaba con no comportarse como los demás, o en su defecto, como las normas religiosas lo imponían.

El Bosco, Fragmento de
La nave de los locos,
1490-1500. Imagen
disponible en
<https://bit.ly/2xkxJ1d>
Acceso: 28 de mayo de
2018.



Fragmento de
*Extracción de la piedra
de la locura* (1494) de El
Bosco.
Imagen disponible en
<https://bit.ly/2bNcoih>
Acceso: 28 de mayo de
2018.

En contraste con el *Narrenschiff* de Brant, el ensayo *Elogio de la locura* (1511) de Erasmo de Rotterdam exalta la contraparte del loco. El texto, también traducido como *Encomio de la estulticia* o *Morias Enkomión* (debido a que el autor lo dedicó a su amigo Tomás Moro), revela de manera sarcástica y burlona, las virtudes del loco, el insensato y el idiota durante el pensamiento humanista característico de la Edad Media de principios del siglo XVI.

“A juicio de la Estulticia” escribe Rotterdam en el capítulo 39 de su obra, “cuanto más estulta es una persona tanto más feliz es, con tal que se contenga en esta especie de locura que nos es peculiar y que, además, es tan extendida que no sé si en el conjunto de todos los mortales podría encontrarse a alguien que se mantuviese cuerdo a todas horas y no estuviese poseído de alguna especie de locura”.

Así, la literatura universal, (reconociendo a la palabra escrita como la más antigua y primera forma de comunicación masiva) está cargada de personajes locos, quienes, en su mayoría, son señalados como tal debido a su condición de rebeldes.

Polonio, por ejemplo, el personaje de Hamlet (1606) de William Shakespeare, escrita dos siglos más tarde, se cuestiona: “Pues si se quiere definir la verdadera locura, ¿en qué consiste si no en estar simple y llanamente loco?”. Asimismo, el ingenioso *Don Quijote de la Mancha*, de Miguel de Cervantes Saavedra es recordado como un personaje mentalmente afectado, sobre todo por el famoso pasaje en el cual se enfrenta a los molinos de viento.

Posteriormente, los clásicos literarios se tornaron un enjambre de locos. “Notables escritores se han ocupado de la enfermedad mental –incluso la han vivido--, la depresión, la esquizofrenia, el súbito momento en que el abismo los traga, muerde y remuerde los ideales, los pensamientos, la ilusión y los deseos, para escupir huesos y carne vacíos del ser miserable” escribe el poeta mexicano César Arístides en su antología *La terrible cordura del idiota* publicada en 2017, en la

cual recopila más de veinte cuentos que abordan la locura desde la ficción de los cuentistas de todo el mundo.

El famoso suicida *Bartleby* de Herman Melville, Charles Dickens con *El manuscrito de un loco*, *Diario de un loco* de Nicolai V. Gógol; y un sinfín de ejemplos más, podrían mencionarse para acercar al lector al mundo de los personajes cuyas mentes han sido creadas por autores de todos los continentes para recrear la realidad de los enfermos mentales.

Sin embargo, para hablar de literatura es indispensable mencionar, antes que a cualquier autor, las fábulas y mitos que la sociedad griega creó para entender las enfermedades mentales. La filosofía de los griegos consideraba que la esencia del hombre era la razón, de ahí que la falta de esta conducía a los hombres a la locura.

Basta mencionar algunos mitos griegos para descubrir, como nos dice Roy Porter en Breve historia de la locura que “la vida y la conducta, tanto la normal como la anormal, estaban a merced de fuerzas terribles externas y sobrenaturales; los humanos son llevados literalmente a la locura por el odio, la angustia o la venganza”.



En la actualidad el mito de Medea, quien mata a sus hijos por despecho, o el de Dionisio, dios del vino, el éxtasis y la locura, parecen historias extravagantes ante nuestros ojos, pero evocan las características de los individuos irracionales e insensatos de su época, y develan la trascendencia de su existencia a través del tiempo.

Delacroix, Eugène, *Medea furiosa*, 1825-1826.
Imagen disponible en: <http://bit.ly/2VoqkG0>
Acceso: 1 de enero de 2019.

La diosa Ate (de la insensatez), por ejemplo, además de representar lo fatídico, simboliza los actos irreflexivos y carentes de razón; a su vez, las Manías, en la mitología griega, personificaban la demencia y la locura; por dar algunos ejemplos.

Posteriormente, a partir del 313 d.C., con la aceptación del cristianismo como religión del Imperio Romano, la visión que se tenía de la locura se transformó de manera radical. La religión, basada en los conceptos de pecado, fe y redención permitió que la razón (como esencia del hombre) pasara a segundo término y, a su vez, el discurso teológico imperó entre los creyente.

La fantasía y los mitos sin fundamento se apoderaron del inconsciente colectivo, pues aunque se disipó la creencia de que todo mal provenía de los dioses, la falacia del Demonio y sus múltiples caracterizaciones como duendes o brujas vinieron a ocupar su lugar.

Sumado a las ideas misóginas, el sector femenino fue uno de los más afectados por la creencia de la brujería. Alrededor de 200 mil personas fueron perseguidas y ejecutadas por supuesta herejía, en su mayoría se trataba de mujeres a las que se les adjudicaba el título de hechiceras o brujas y se les achacaban los males que ocurrían en la sociedad.

De Goya, Francisco, *Vuelo de brujas*, 1798.
Imagen disponible en: <http://bit.ly/2SxeF5U>
Acceso: 1 de enero de 2019.



La popularidad de creencias relacionadas a lo sobrenatural culminó en lo que Porter denomina locura religiosa, que podría traducirse como el fanatismo de los creyentes hacia su religión; se trata de personas que, además de orar, ruegan y adjudican cualquier hecho a Dios --sea positivo o negativo--, de manera exagerada e incluso, que podría denominarse insana.

Por ejemplo, en el texto *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos*, el mexicano y doctor en Historia Andrés Ríos Molina, quien ha dedicado sus estudios específicamente al campo de la psiquiatría, señala el caso de un paciente cuyo expediente indica la presencia de “delirios religiosos”.

Dicho texto es un fragmento de una nota escrita por uno de los internos en La Castañeda, dirigida a su esposa: “desgraciado e infeliz Sagrado Corazón de Jesús, esto fue una aparición que tuve, pero han sido tan crueles mis martirios que han dado estos infelices santos y sus muy...Vírgenes, estoy arrepentido de haber sido católico”.

El fenómeno denominado ‘locura religiosa’ proviene de la falta de conocimiento e investigación acerca de ciertos temas que se consideran tabúes por parte de algún sector de la sociedad. Para saber sobre este tema, Fernando Velázquez Vega, quien actualmente ofrece misa en la Parroquia de Nuestra Señora de Guadalupe, ubicada en Nezahualcóyotl, en el estado de México, acepta ser entrevistado.



Párroco Fernando, de la Parroquia Nuestra Señora de Guadalupe. Foto: Frida Sánchez. 17 de agosto de 2018.

Fernando Velázquez afirma que, aunque en la actualidad el trato a personas con enfermedades mentales no es tan radical ni se manifiesta de la manera en que se hacía unos seis siglos atrás, los estigmas y prejuicios entorno a la salud mental han deteriorado la relación de las personas con quienes padecen enfermedades mentales.

“El extremismo religioso nos lleva a vivir las realidades que están escritas, (o) a magnificarlas. Una comunidad que carece de conocimiento se deja llevar muy fácilmente, porque no preguntan, y (a los individuos) les falta investigar y saber”, explica en su oficina el Padre, luego de la misa dominical que ofrece antes de las doce.

“Mucha gente puede hablar sobre la Inquisición, que se puede traducir en fanatismo religioso, pero no hay que dejar de lado que esta fue creada con la intención de atacar la herejía y debemos analizar que en su época la ciencia y tecnología no tenía los avances que ahora”, dice el Padre Fernando.

Debido a su impacto histórico, uno de los textos que dieron pie al estigma de la locura podría ser la *Biblia*. En Salmos 14:1 se declara: “Dijo el loco en su corazón: No hay Dios. Se corrompieron, hicieron obras abominables; no hay quien haga bien”; o en el libro de Job 5:2 “Es cierto que al loco lo mata la ira, y al codicioso lo consume la envidia”.

Otras traducciones mencionan también, en lugar de la palabra loco, necio. El fin es el mismo, el loco, necio o insensato era todo aquel que no cumplía las normas establecidas, o en este caso, quien no era devoto de Dios: herejes, fariseos, brujas. “Hay hechos que hoy nos parecen absurdos y exagerados pero eso era lo que se vivía en su tiempo, no podemos ser críticos del pasado”, responde a esto el Padre.

En los tiempos de Jesucristo, explica, muchos de los casos que aparecen en la Biblia se pueden catalogar como casos psiquiátricos, “aunque no se descartan las posibilidades de que se relacionaban con acciones inmundas y espíritus perversos o malos”.

Generalmente, de acuerdo con él, las personas que aparecen en pasajes de la Biblia y tienen que ver con algún acontecimiento histórico referente a Jesucristo, o manifestaran comportamientos anormales padecían de algún trastorno de la psique.

“Por ejemplo, las acciones de los ‘endemoniados’ que enmarca la Biblia, muchos de ellos no era que tuviesen algún espíritu maligno en su contexto, sino que sus acciones eran producto de una desorganización de la psique”, sin embargo, aclara que las confusiones en estos casos podrían ser producto de que “la ciencia no estaba tan adelantada” por lo que las personas de la época lo tomaban como si se tratara de algo “maligno”.

El estigma hacia los enfermos mentales data de siglos atrás; posterior a los mitos griegos, la etapa del cristianismo surgió como importante eslabón en el origen del uso de la palabra locura para denominar al enfermo mental y, eventualmente, de manera específica, al paciente esquizofrénico.

- **Del estigma de locura al concepto de esquizofrenia**



Eugen Bleuler, psiquiatra pionero en el concepto de esquizofrenia.
Imagen disponible en: <http://bit.ly/2F2cljo>
Acceso: 1 de enero de 2019.

Rosa se levanta muy temprano todos los días y se sale a trabajar. O eso es lo que piensa Jorge, la última vez que la vio (hace unos cinco años) todavía tenía la misma rutina: se levantaba a temprana hora de la mañana y salía de casa, a la cual volvía hasta la noche.

“Tiene una rutina, por eso pienso que no está enferma. Ella se sale diario, nada más llega a su casa a dormir, y al día siguiente vuelve a hacer lo mismo”, comenta el hermano con seguridad, aunque afirma que en estos años en los que no tuvo contacto con ella, su rutina podría haber cambiado.

Jorge no está seguro de lo que hace afuera tanto tiempo, pero sabe que su hermana se dedica a vender miel. “¿De dónde la consigue o quién se la vende a ella? Eso quién sabe. Pero desde hace más de 15 años ella vende miel. Aquí abajo (se refiere a un departamento situado en el mismo edificio donde él habita)

tenía una conocida con la que se llevaba bien y que le ayudaba en su negocio con la miel, quién sabe si aún esté, pero se caían muy bien. Ella le decía Rosita”.

Uno de los grandes problemas a los que se enfrentan las mujeres esquizofrénicas es la falta de oportunidades laborales formales. Ya sea por el estigma y desconfianza por parte de los empleadores para contratar a alguien con el padecimiento, o por los miedos de las pacientes, que les impide salir en su búsqueda, su panorama laboral se ve gravemente afectado, lo que no significa que no tengan “ganas” de trabajar o sean “flojas”, una etiqueta común.

De acuerdo con la revista Salud Mental, editada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, más del 70% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia tienen deseos de obtener un empleo.

“Ella nunca volvió a tener trabajo”, dice Jorge acerca de Rosa, quien, además de sufrir la desintegración de su familia, enfrenta la falta de empleo y, por lo tanto, carencias económicas. “Los viernes, como a la una, luego se daba su vuelta en el tianguis que se pone aquí abajo, para traer la miel. A lo mejor todavía ocupa su mismo lugar”.

Mientras tanto, Jorge, quien sí tiene empleo “gracias a Dios”, aunque sin un horario fijo, sube las escaleras del edificio en donde vive con dirección a su “oficina”, bromea. Su taller se encuentra en la azotea; ahí arriba, un soporte construido con metal y madera sostiene algunos trozos de material y solventes que el carpintero está por usar.

El señor se sacude las manos empolvadas, y acomoda algunos envases. Está a punto de llover. Cierra la última lata de pintura que tenía afuera y baja a la sala de su departamento, en donde continúa la narración sobre Rosa.

“(…) Sí tiende a actuar de formas a veces incongruentes, eso a lo que llaman delirio de grandeza, eso yo creo que sí lo tiene, es cierto. Ella vive en su mundo, quién sabe si en su cabeza esté pasando algo y en la realidad sea diferente, ¿no?”.

En ocasiones, Rosa deambula por las calles de la Benito Juárez, muy cerca de la que fue su casa. “Luego se sale a pedir dinero, una vez me la encontré en el metro pero ni me saludó, se siguió, ni hizo el intento por reconocermé ni nada”.

“Sí sé que sale a pedir, no porque le haga falta algo, (...) mi (otra) hermana se encarga (de los gastos) y ahí la anda viendo...”, dice Jorge, como tratando de justificar las actitudes de Rosa y su evidente desempleo. Cuando deja de hablar, Jorge me muestra una sonrisa cuyo gesto le obliga a cerrar los ojos hasta enseñar las profundas patas de gallo que se le forman.

El hombre de tez blanca y arrugas por doquier no para de hablar e insistir en que Rosa nunca recibió un tratamiento adecuado porque ella no lo quiso así. “Nunca quiso ir al doctor, ni decirnos si le pasó algo que le haya desarrollado alguna enfermedad, como le pasó a Bertha, porque tengo entendido que ella sí sufrió de algún abuso, no sé si la intentaron violar o la violaron, pero decía mi mamá que ella sí estaba mal, tomaba pastillas y se internó.

“(...) Si ahora casi no se habla de eso, antes menos. Te digo que a Bertha le decían que era ansiosa o que luego andaba deprimida, pero nadie mencionaba *esa palabra...*”.

La palabra *esquizofrenia* no apareció sino hasta 1912. El término fue acuñado por el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler, pionero en la materia. Es decir, los primeros estudios de la esquizofrenia como un padecimiento meramente médico y científico en lugar de un tipo de locura, como lo estudió el psiquiatra alemán Emil Kaepelin (de quien haré mención posteriormente), iniciaron apenas a principios de la primera década del siglo pasado. Como resultado de esto, lo que se sabe aún resulta nimio, dado que la historia, investigación y resultados prácticos son muy jóvenes.

Eugen Bleuler realizó las primeras investigaciones de este padecimiento influenciado por los estudios de Sigmund Freud, por lo que consideraba inconscientes a los padecimientos mentales. Dentro de su teoría suscribió la idea

que caracterizaba a la enfermedad mental como una disociación entre las funciones mentales y los sentimientos del enfermo.

El primer indicio de la psiquiatría ocurrió en el siglo V a. C. en la antigua Grecia, cuando el médico Hipócrates desarrolló su teoría de los cuatro humores, propuesta que postulaba la existencia de cuatro sustancias básicas encargadas de la estabilidad y el desequilibrio en la salud de los seres humanos. Los humores eran la bilis negra, vinculada al elemento tierra; la bilis amarilla, cuyo elemento era el fuego; la sangre, vinculada al aire; y la flema, correspondiente al agua.

Posteriormente, basado en la teoría de Hipócrates, el médico romano Galeno de Pérgamo, en el siglo II d. C. desarrolló su propia teoría, pero esta vez específicamente dirigida a la salud mental de los pacientes. La personalidad y conducta de los individuos podía distinguirse según la cantidad de cada uno de los humores en el cuerpo de ese ser.



Ilustración de la *teoría de los cuatro humores* de Hipócrates.
Imagen disponible en: <https://bit.ly/2z3GL0Z>
Acceso: 1 de enero de 2019.

Así, la humanidad se dividió en cuatro tipos de sujeto: el melancólico, cuya característica era tener una gran cantidad de bilis negra, por lo que se le asociaba con la tristeza y la sensibilidad; el flemático, cuyas personalidades eran frías y racionales; el colérico, cuya energía y constante irritabilidad eran propias de la bilis amarilla; y el sanguíneo, compuesto por los individuos alegres y optimistas, derivado de la presencia de la sangre.

Sin descartar que dicho método fuera utilizado prácticamente hasta el Renacimiento, y que sea base de diversos métodos psicológicos usados aún actualmente, no hay que olvidar el poco valor científico de la teoría de los humores. Fue bajo estas bases que se realizaron los primeros estudios sobre la locura, lo que llevó a la psiquiatría a mantenerse rudimentaria --o inexistente--, y llena de estigma durante siglos.

Todo padecimiento mental era considerado un mal traído por los dioses o, en su defecto, por un demonio. Los ataques epilépticos, por mencionar un ejemplo, se pensaba serían curados por medio de oraciones y sacrificios a Asclepio, el Dios griego de la medicina. Ante esto, Hipócrates, en su texto *Sobre la enfermedad sagrada* contradijo el pensamiento de las mayorías, adjudicando a la *enfermedad sagrada* --como se le conocía a la epilepsia--, toda la naturalidad de una enfermedad propia de los humanos y no proveniente de lo divino.

No obstante lo antiquísimo de su valor científico, “la medicina griega confrontó y puso en tela de juicio las creencias de lo sobrenatural relacionadas con la posesión, típicas de la época arcaica”, según se explica en *Breve historia de la locura*, del historiador Roy Porter, quien dedicó gran parte de sus trabajos de investigación al estudio de la enfermedad mental.

De acuerdo con el autor, “los hombres juzgan su naturaleza y su causa como divinas por ignorancia y asombro pues no se parece a ninguna otra enfermedad”. Lo que demuestra que la falta de conocimiento y el miedo, han llevado al hombre, --desde entonces y como es natural--, a poner etiquetas para referirse a lo que no conoce.

En *Breve historia de la locura* el historiador puntualiza que “la estigmatización, esto es, la creación de una identidad desvirtuada, consiste en proyectar sobre un individuo (o sobre un grupo de individuos) ciertos juicios referentes a lo que se considera inferior, repugnante o vergonzoso” y destaca que “todas las sociedades juzgan locos a algunos de sus individuos”, como una forma de determinar las diferencias entre unos sujetos y los otros, de denominar lo que es desconocido y, a la vez, potencialmente peligroso.

Siglos más tarde, cuando el cristianismo se encontraba en su apogeo y --como se ha señalado en el subcapítulo anterior--, la enfermedad mental y la locura eran vistas como fenómenos sobrenaturales ocasionados por causas divinas o diabólicas, surgieron los primeros indicios de lo que ahora llamamos psiquiatría y, con ello (posteriormente), la búsqueda por resolver el problema de la esquizofrenia.

El primer punto de luz se dio en 1662, cuando el médico inglés, Thomas Willis fundó la Royal Society (actualmente conocida como Royal Society of London for Improving Natural Knowledge), una de las más antiguas de Europa; sus estudios de la mente lo llevaron a acuñar el término *neurología*, que es la rama de la medicina dedicada a estudiar el funcionamiento y las enfermedades que atacan al sistema nervioso.

La base de los estudios de Willis fue la disección de las partes del cerebro de algunos animales, de tal suerte que pudiera descubrir las funciones específicas de cada región del cerebro. En 1664 publicó la obra *Celebri anatome* en la que utilizó por primera vez la palabra neurología y en donde trabajó su “Teoría de los espíritus animales”, basado en previas investigaciones de Descartes.

Dos siglos después de acuñado el término de neurología, en 1899, el psiquiatra alemán Emile Kraepelin introduce los conceptos de *dementia praecox* y locura maniaco-depresiva con los que sintetiza la enfermedad mental a dos vertientes, y crea la noción de que existen enfermedades psíquicas independientes con rasgos, evolución y síntomas similares. A diferencia de Sigmund Freud, quien adjudicaba

el origen de los padecimientos mentales a cuestiones meramente psicológicas, Kraepelin adjudicaba la enfermedad a agentes biológicos y genéticos.

Posteriormente, Bleuler, antes mencionado como pionero en usar el término esquizofrenia, utiliza la palabra “esquizofrenias” para definir característica enfermedad mental, y separa los síntomas en primarios (alteraciones funcionales del cerebro) y secundarios (de origen psicológico); así mismo instauro lo que se conoce como las 4Aes de Bleuler que son los síntomas relacionados con los trastornos de la asociación, alteraciones del afecto, ambivalencia y autismo.

Otra importante aportación del psiquiatra suizo fue la clasificación de dos tipos de esquizofrenia: la simple y la latente. La primera se distingue por los síntomas clásicos como eran la demencia precoz, los delirios, las manías, las alucinaciones y las parafrenias. De la segunda, no quedaron bien definidos los síntomas.

Las parafrenias, fueron previamente denominadas por Kraepelin como el conjunto de síntomas característicos de la esquizofrenia que no conllevan un deterioro del pensamiento o la personalidad del paciente. El término se usa de la misma forma en la actualidad y se refiere a que el sujeto tiene los síntomas positivos de la esquizofrenia pero no los negativos, mismos que serán explicados con mayor detalle en el siguiente subcapítulo.

En nuestra época existen ramas de la psiquiatría que definen la esquizofrenia con posturas y bajo términos distintos a los de la psiquiatría común: la antipsiquiatría, por ejemplo, la cual, aunque con escasos fundamentos científicos, propone la no existencia de las enfermedades mentales; hay otras que proponen que la esquizofrenia no debería considerarse como una enfermedad.

Por ejemplo, Rohn Read (*et al*) en su texto *Modelos de locura* explica que a pesar de que es habitual encontrar en textos académicos y literatura médica, el término “enfermedad” para describir la esquizofrenia, esto es incorrecto. “(...) La idea de que <una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra>, que fue promulgada por la psiquiatría biológica y la industria farmacéutica, ya no está

respaldada por la investigación, y resulta extremadamente dañina para quienes son etiquetados con unos calificativos psiquiátricos tan estigmatizantes”.

El catedrático de psiquiatría Thomas Szasz, de la Syracuse University de Nueva York, niega la existencia de la enfermedad mental, a la cual describe no como un hecho natural sino como un mito. Por su parte, los psicólogos clínicos Rohn Read y Jim Geekie han señalado que el término *esquizofrenia* está más sujeto a la práctica clínica, que a la experiencia subjetiva del individuo que la padece.

Incluso, en varias partes del mundo existen asociaciones y colectivos cuyo objetivo es erradicar la etiqueta de “esquizofrénicos” que enmarca a quienes padecen tal enfermedad (estas serán abordadas en el último capítulo de esta investigación).

“Es concebible que la esquizofrenia no sea una enfermedad sino un estado de la madurez cerebral con un patrón particular de respuestas emergentes a la experiencia, el cual, por diversas y complejas razones genéticas y ambientales, se manifiesta en el 1% de la población”, se explica en un texto publicado por la UMC de Utrecht, en noviembre de 2015.

El uso de la palabra *esquizofrenia* en la práctica clínica no es solo fuente de debate para especialistas del campo médico, pues su trasfondo es mucho más complejo y data de siglos, según explica el historiador Andrés Ríos Molina --especialista en salud mental--, durante una entrevista que me concedió en su oficina ubicada en el Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM.

“Todo trastorno mental tiene una dimensión social y cultural”, y explica que la esquizofrenia es una enfermedad nueva en la historia de la humanidad. “No existía antes; manicomios y locos siempre ha habido, pero no fue sino hasta mediados del siglo XIX que empezaron a hablar de una ‘enfermedad’”.



Doctor Andrés Ríos
Molina en su oficina del
Instituto de
Investigaciones Históricas
de la UNAM. Foto: Frida
Sánchez, 28 de
septiembre de 2018.

“Le debemos muchas palabras a la psiquiatría”, asegura Ríos Molina, pues comenta que palabras como maniático, melancólico, demente e idiota (o imbécil), provienen de la antigua medicina griega en la que existían solo esos cuatro tipos de enfermedades; “ahora utilizamos de manera cotidiana esas palabras, en su momento era la forma de dirigirse a estas personas”, por lo tanto, puntualiza la importancia de tomar en cuenta el contexto en el que se originaron dichos términos, comparados con la actualidad.

“Si cambiamos la palabra *esquizofrenia* y le damos otro nombre, ¿cambia algo?”, se pregunta el historiador. De acuerdo con Ríos Molina, las generaciones pasadas, al igual que se hace ahora, buscaban ponerle nombre y clasificar aquello que no entraba en los parámetros comunes y, como ocurre con otras enfermedades, no necesariamente del ámbito psiquiátrico, en la clínica, las clasificaciones se dan según el conjunto de síntomas que refieren los pacientes. “El paciente va a tener los mismos síntomas aunque se le cambie el nombre”.

Y sin embargo, la familia de Rosa tal vez nunca sea capaz de pronunciar la palabra *esquizofrenia* cuando se refieran a ella.

- **Bedlam 1946. Tratamiento a través de los años**



El Hospital Bedlam, creado en el siglo XIV en Londres fue el primero en ingresar a pacientes con enfermedades mentales. Imagen disponible en: <http://bit.ly/2Vkkx4p>. Acceso: 1 de enero de 2019.

El informe médico en el que se diagnostica que Rosa sufre esquizofrenia concluye con la siguiente declaración: “la evaluada es una paciente psiquiátrica que requiere atención especializada y está incapacitada para querer y otorgar”; sin embargo, Rosa nunca ha recibido algún tipo de tratamiento.

“No le gustaba la idea de un manicomio, de quedar encerrada, pero tampoco quiso cambiar por su cuenta”, explica Jorge de pie junto a la cocina que aún conserva algunos muebles usados por Rosa y su madre.

“Ella solo se sentaba en un rincón y no hacía nada. Yo sí le decía a mi mamá que había que hacer algo, pero ella me decía que era imposible si mi hermana no quería. A lo mejor algo sí hubiera cambiado”.

“Ahorita ya se ve grande, siempre le gustó usar su pelo canoso y largo y ya debe tener más de sesenta años”, Jorge cuenta que la piel de su hermana es muy blanca porque no le gusta quemarse con el sol. De estatura baja, nariz afilada y un poco regordeta, Rosa se dejó crecer la cabellera ahora canosa y no se arregla. “Pero de joven, era muy bonita y le gustaba verse bien, se escogía ropa con clase”, continúa.

El carente conocimiento que se tiene de la esquizofrenia, sumado a lo arraigado de nuestro lenguaje popular, genera una serie de dificultades para la vida de quienes padecen la enfermedad; estas dificultades desembocan en la estigmatización, el abandono, aislamiento y hasta discriminación de los pacientes.

En enero de 2017, la Secretaría de Salud publicó un comunicado donde informa que actualmente se manejan terapias médicas y tratamientos elaborados y practicados hace más de 80 años, esto, debido a los pocos avances de investigación que se han obtenido al respecto, sobre todo a causa de la falta de conocimiento de su origen.

El informe es precario en cuanto a información y datos que proporcionen apoyo a quienes padecen la enfermedad o a sus familiares, únicamente se manifiesta la existencia de la Clínica de la Esquizofrenia, la cual presume ser un centro especializado para tratar y rehabilitar al esquizofrénico del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz.



Sala de espera de la Clínica de esquizofrenia del Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Foto: Frida Sánchez, 13 de mayo de 2018.

En entrevista, el doctor Mauricio Rosel, director de la Clínica de la Esquizofrenia de dicho Instituto, explica que uno de los factores primordiales por los que los pacientes rechazan asistir a un hospital es la idea que se quedó de generaciones atrás sobre el maltrato que se ofrecía a los internos en estos lugares.

La falta de conocimiento sobre las enfermedades mentales y su posible sanación llevó a los médicos a utilizar tratamientos que a los ojos de nuestros contemporáneos podrían resultar escabrosos. Debido a lo difícil que era tratar con los pacientes, los cuidadores solían tranquilizarlos por medio de la fuerza o atarlos a las camas o paredes cuando tenían comportamientos agresivos.

Los primeros tratamientos resultaban dolorosos y además poco útiles en la recuperación del enfermo, en ocasiones provocándoles la muerte; por ejemplo con el método de la trepanación (que consistía en hacer un agujero en el cráneo del enfermo para curar su trastorno mental), era común que se ocasionará una infección en el lugar de la herida, e incluso la muerte del asistido.

Se han encontrado piezas arqueológicas que demuestran el uso de la trepanación en la época prehispánica, en nuestro país la más antigua data del Preclásico Medio (1100 a 600 a.C.) según el texto “El uso ritual del cuerpo en el México prehispánico”, publicado por Zaid Lagunas en la revista *Arqueología Mexicana*.



La trepanación fue una cirugía utilizada desde la época prehispánica, en las imágenes se muestran dos cráneos trepanados encontrados en Monte Albán (izquierda) y Chichén Itzá (derecha). Imagen disponible en: <https://bit.ly/2Pw5bqw> Acceso: 1 de enero de 2019.

Otro ejemplo: creada en 1935 por el neurocirujano portugués Antonio Egas Moniz, la lobotomía era una cirugía que consistía en hacer un orificio en los lóbulos frontales del cerebro enfermo. Este método se convirtió en uno de los más usados a mediados del siglo XX, y su creador fue galardonado con el Premio Nobel por su invención.

En 1945 los neurocirujanos estadounidenses Walter Freeman y James Watts, popularizaron y perfeccionaron la técnica, acrecentado su uso y popularidad en los Estados Unidos; sin embargo, el procedimiento –que en la actualidad resulta macabro--, provocó la muerte de al menos el 20% de los sometidos a la operación, así como daños irreversibles en su comportamiento, hemorragias cerebrales, meningitis (inflamación de la meninge, un delgado tejido que rodea al cerebro), y en algunos casos, los pacientes quedaban en estado vegetativo.



Lobotomía.

Imagen disponible en: <https://bit.ly/2Pt7dYe>

Acceso: 1 de enero de 2019.

Las --también consideradas descabelladas por algunos médicos y pacientes-- terapias de electrochoque o terapias electroconvulsivas (TEC), consistían en inducir convulsiones al paciente por medio de descargas eléctricas, el tratamiento tuvo su origen en los años cuarenta por el italiano Ugo Cerletti.

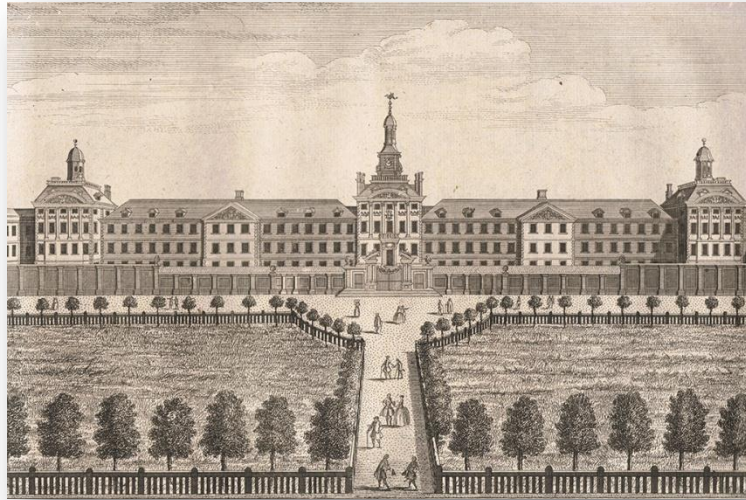
La técnica era implementada en pacientes que sufrían esquizofrenia o psicosis, y en la actualidad todavía se llega a usar en personas que sufren depresiones severas o bipolaridad, de hecho, según el estudio "Uso y práctica contemporáneos de TEC en el mundo", realizado por Kari Ann Leiknes, psiquiatra el Centro de Conocimiento de Servicios de Salud, en noruega, citado por la BBC, la terapia aún es recibida por un millón de personas en el mundo.



Terapia de electrochoque.
Imagen disponible en: <https://bit.ly/2RRP3jr>
Acceso: 1 de enero de 2019.

En el siglo XIV, en Londres, se fundó el Hospital Real de Bethlem, --también conocido como Bedlam--, el primero de Europa; de este recinto psiquiátrico, datan las primeras historias sobre el trato inhumano hacia los pacientes y la burla de quienes albergaban lugar. Los mitos y realidades sobre lo que ocurría entre sus paredes forman parte de su historia.

Aunque en sus inicios el edificio representaba uno de los sitios emblemáticos de Londres, su popularidad se consolidó de tal manera que cualquier hospital para “locos” era llamado Bedlam; ahora, el nombre del nosocomio se ha convertido en un adjetivo para describir cualquier lugar que esté lleno de personas irracionales o cuya forma de vida tienda a lo anormal.



Hospital Bedlam en el año 1739.
Imagen disponible en: <http://bit.ly/2Vkkx4p>
Acceso: 1 de enero de 2019.

Durante los siglos XVIII y XIX --época de apogeo del sanatorio--, Bedlam se convirtió en un lugar de atracción en el que turistas y habitantes de la región podían disfrutar del “espectáculo” que ofrecían los internos: personas con comportamientos poco habituales, problemas de aprendizaje o con deformaciones físicas formaban parte del “electo”.

Por unas cuantas monedas, los visitantes tenían acceso a los pasillos y patios en donde podían admirar a los locos. O eso es lo que se cuenta. A pesar de que no hay documentos que confirmen la información, se estima que al año, unas 96,000 personas visitaban el recinto solo por diversión.

En cuanto a los tratamientos para la esquizofrenia, su extravagancia –las camisas de fuerza, lobotomías y electrochoques--, disminuyó (por fortuna) con el descubrimiento de los primeros antipsicóticos. En 1949, cuando realizaba estudios

para conocer las propiedades anestésicas de los antihistamínicos, en el Hospital Sidi Addalla, el médico Henri Laborit, descubrió una sustancia conocida como *clorpromacina*.

Meses después de realizar pruebas, el médico notó que los efectos de la combinación de dos antihistamínicos (*Meparemina* y *Promacetina*), tenían correspondencia con el Sistema Nervioso Central. Años más tarde, de la mano del anestesista Pierre Guguenard, el doctor Laborit manifestó sus investigaciones al laboratorio Rhone-Poulenc, compañía que realizó nuevos estudios al respecto.

De aquellos estudios se obtuvo una mezcla a la que denominaron “coctel lítico” o “coctel Laborit”, usada para pacientes maniaco depresivos, sin que tuviera resultados en personas con esquizofrenia. Posteriormente, el francés Pierre Dekiner observó que dicho medicamento funcionaba como un tranquilizante para pacientes con comportamientos agresivos.

No fue sino hasta 1952, que la empresa Rhone-Poulenc comercializó en Francia -- y por primera vez en la historia--, la *clorpromacina* bajo el nombre de Largactil, medicamento que se volvió popular en su época. Sin embargo, el Haloperidol (medicamento que aún forma parte del cuadro básico en psiquiatría) fue descubierto cuatro años más tarde, en 1958, y su resultado fue exponencialmente

más efectivo para tratar cuadros psiquiátricos. Se revolucionó la psiquiatría.



En 1953 se comercializó por primera vez la clorpromacina con el nombre de *Largactil*. Imagen disponible en: <https://bit.ly/2wjA7S3>
Acceso: 1 de enero de 2019.

En México, el más famoso de los hospitales psiquiátricos es “La Castañeda”, que abrió sus puertas desde 1910 hasta 1968. Durante más de cinco décadas de funcionamiento, se internaron aproximadamente unos 60 mil pacientes, de los cuales no hay una cifra que indique con exactitud cuántos tenían esquizofrenia.

De acuerdo con el investigador Andrés Ríos Molina, el tiempo de estancia en el *Manicomio General de La Castañeda* para un paciente esquizofrénico entre los años 1910 y 1925 fue de 49.1 meses, cifra que se redujo a 33.1 meses entre 1926 y 1953 y, posteriormente, disminuyó a 11.6 meses en 1968, cuando el lugar fue demolido. Es decir que los pacientes eran internados hasta por cuatro años en algunos casos.

Internos en un patio del manicomio General La Castañeda. Fotografía: Mediateca del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH).
Imagen disponible en:
<http://bit.ly/2s6K0k5>
Acceso: 1 de enero de 2019.



El recinto estuvo ubicado en Mixcoac, sitio que anteriormente era una zona pulquera y en donde actualmente se localiza la unidad habitacional Lomas de Plateros. Fue inaugurado por Porfirio Díaz y se erigió como el Centro Psiquiátrico más importante del siglo XX en nuestro país.

Curiosamente, entre 1910 y 1925, únicamente el 10% de los internos padecían esquizofrenia, según Ríos Molina. Para 1968 la cifra aumentó a 22.7%. Sin embargo, el especialista comenta durante una entrevista que la cantidad de internos que ocupaban los hospitales psiquiátricos durante la época Revolucionaria disminuyó en grandes magnitudes.

Lo anterior, debido a que las revueltas y conflictos políticos de la época revolucionaria condujeron a la falta de un “Estado que se hiciera cargo de los

gastos". Por lo tanto, las pésimas condiciones en las que se tenía a los internos obligaron a que muchos familiares acudieran a recoger del manicomio a sus enfermos.

La Castañeda es conocida por ser un espacio lúgubre en el cual las condiciones de atención eran terribles, los pacientes vivían aislados y sufrían de maltratos; aunque el manicomio estaba creado para albergar a unas mil 500 personas, llegó a tener reclutados a unos tres mil 500 pacientes al mismo tiempo, los cuales, por cierto, no eran solo enfermos mentales, comenzaron a albergarse a indigentes o personas con sífilis, sida y otras enfermedades que requieren cuidados específicos.

Es una realidad que las condiciones de alimentación y sanidad dentro de un psiquiátrico no solían ser las óptimas. El miedo a los manicomios y a permanecer dentro, bajo los cuidados de "quién sabe quién", es uno de los motivos de mayor importancia para que pacientes como Rosa, por ejemplo, no permitiera internarse a pesar de ameritarlo.

El hermano de Rosa no contempla la posibilidad de hacer algo por su hermana, considera que ya han pasado muchos años y que si "es que tiene algo, seguro ya es irreversible. Mientras ella no quiera, no se le puede ayudar. Ella no es agresiva como luego se ve en la tele o lee uno, no saca los cuchillos ni amenaza con matar".

"Se llevaron a su niña pero se quedó con ese pendiente y la recuerda, piensa en ella. (...) La veía, a su manera, pero la veía, a pesar de lo de sus nervios (...), quién sabe cómo se la vaya a pasar después mi hermana", concluye Jorge antes de perderse por el único pasillo de su pequeño departamento.

Va rumbo a la que fue habitación de Rosa. En donde había un espejo de cuerpo completo con marco dorado que recibía los gritos de la mujer; una pequeña ventana por donde sacaba la cabeza para llamar la atención a quien pasara; una cama siempre sin arreglar, y un mueble que contenía ropa, libros subrayados y las arras de su matrimonio que, aunque fallido, ella aún presume orgullosa.

2. La esquizofrenia en la actualidad



Pinel a los locos en Salpêtrière (1795) de Tony Robert-Fleury

- **Marcela y Rocío; dos ejemplos**

“...los pacientes se convierten en piezas defectuosas de un equipo que deben recuperar su funcionalidad original a través de una intervención externa, en lugar de hacerlo mediante sus propios recursos internos (...).”

Darian Leader

Es sábado 12 de mayo a medio día, el silencio en el patio de la Escuela de Arte “Nahui Olin”, ubicada en la Colonia Roma, se ve interrumpido por el sonido de una guitarra. Alrededor de un tablón de madera repleto de ollas con guisados y vajilla desechable, se encuentran sentados cuatro varones y dos mujeres. Al fondo, sentado en una tarima negra, un hombre de avanzada edad canta una canción.

Entre acordes, aplausos y risas se escucha:

“Jugando con la brisa vas, jugando con la brisa vas
jugando con las blancas nubes, con las nubes blancas, viene y va.
Sus manos se abren al pasar, sus manos se abren al pasar,
sus manos como dos palomas, como dos palomas, palomas de paz.
Y la gente, la gente, la gente, y la gente que sabe volar
dice vente, vente, vente que nosotros queremos a la libertad.
Yo quiero que tú sepas hoy, yo quiero que tú sepas hoy que me equivoqué, que
eres la mejor. Muchachos que andan por ahí, debemos de buscar un sitio, un sitio
hermoso para ahí vivir.
Y la gente, la gente, la gente, y la gente que sabe volar,
dice vente, vente, vente que todos queremos a la libertad.
Camina que caminos hay, obsequia y podrás llegar, a la bella ciudad que el
hombre le puso por nombre el de libertad...”

Marcela, vestida con una blusa de color rosa tararea la canción cristiana en compañía de su amiga Rocío, quien se levanta continuamente de su asiento para bailar al ritmo de la música. Ambas mujeres, la primera de 28 y la segunda de 49 años, fueron diagnosticadas con esquizofrenia de tipo paranoide, y al igual que el resto de sus compañeros allí presentes forman parte de PROTARTE, un programa de talleres artísticos a cargo de la maestra Luz María Ramírez, fundado en 1999 para apoyar a pacientes con esquizofrenia y a sus familiares.



Fachada de la Escuela de Arte "Nahui Olin", ubicada en la Colonia Roma. Foto: Frida Sánchez. 25 de mayo de 2018.

“Es una historia larga”, expresa Marcela con una sonrisa y se frota la cara un par de veces antes de iniciar su relato. Estamos sentadas frente a frente en una mesa del área de comida en un centro comercial de la colonia Roma. Su padre, con quien me comuniqué primero, pidió que nuestros encuentros se realizaran en lugares públicos, y así fue.

Marcela nació en 1990 y, aunque “desde chiquita” manifestó comportamientos poco comunes, afirma nunca haberse sentido sola o diferente a lo largo de su vida, pues tiene el apoyo de sus padres y de un hermano mayor, quienes –desde que fue diagnosticada--, han estado a su lado para apoyarla

Comenta que desde la infancia tuvo problemas para culminar actividades, concentrarse en la realización de ciertas tareas o hacerse cargo de determinadas responsabilidades. “(...) Al principio sí me gustaban las cosas pero no las terminaba, por ejemplo, estuve en clases de Karate y cuando ya iba a subir al grado mayor, no terminé el curso. No quería esa responsabilidad, no me gustaba.

“(...) Cuando cumplí 12 o 13 años, ya en la secundaria, de repente me sentía demasiado bien, con el ánimo muy alto. Y además tuve un problema que me hizo

sentir muy mal porque me decía que me veían las personas”, explica en referencia a la voz que comenzó a escuchar durante su adolescencia y a la cual describe como un “alter ego” que lo sabía todo de ella y la acompañaba a todas partes, “(sabía) tanto lo bueno como lo malo, y me ayudaba. La voz era la que me decía cómo actuar, qué tenía que hacer”.



Marcela, paciente diagnosticada con esquizofrenia.
Foto: Frida Sánchez. 15 de mayo de 2018.

Los problemas de Marcela se agravaron en 2005 cuando entró a la preparatoria. La muchacha no consiguió adaptarse al ambiente de la escuela, y además, fue en esa época cuando “la voz” la orilló al suicidio por primera vez.

“Ese año me internaron en un hospital psiquiátrico infantil porque tuve un accidente en mi casa. Me salté de un balcón y eso fue porque escuché a la voz que me lo decía. En esa época me gustaban unos amigos de mi hermano, pero nunca les hablé, y escuchaba que decían ‘aviéntate, aquí te estamos esperando’, y que me aviento. A los dos o tres días me llevaron al hospital infantil, y yo seguí escuchando las voces.”

Posteriormente, en el año 2009, Marcela tuvo la segunda recaída. “La segunda vez que casi me mato (...) me dijo ‘te tienes que morir ya, tómate tales pastillas con alcohol, con tequila’, pero yo no me las tomé con alcohol. Cuando desperté mis papás estaban muy preocupados, tomaba puro Gatorade y luego vomitaba (para recuperarme)”.

Marcela estuvo al borde del suicidio en dos ocasiones, sin embargo, el pensamiento apareció en su cabeza muchas otras veces. De hecho, asegura que con el paso del tiempo incrementaba su frecuencia. “(...) Luego me decía ‘te tienes que morir y reencarnar en un hombre’, fueron muchas cosas, eso ya se los conté a los psiquiatras en el Hospital Ramón de la Fuente Muñiz, porque después (de los intentos de suicidio) me internaron en ése y en la Clínica Florida.”

Se estima que la mortalidad en personas con esquizofrenia se eleva un 50% en comparación con el resto de la población, una de las causas es la alta incidencia de suicidio, pues aproximadamente el 10% de los enfermos mueren por este motivo.

Luego de un largo trajinar, meses de espera en hospitales y cambios en su tratamiento, Marcela consiguió estabilidad. Llegó a PROTARTE, por recomendación de sus médicos a mediados de 2014 y, desde entonces, toma clases de teatro, pintura, música y otras artes junto a sus compañeros también esquizofrénicos; entre ellos se encuentra Rocío, quien asiste a las clases de arte desde hace cerca de ocho años.

Con un tono bajo y en ocasiones arrastrando las palabras, Rocío cuenta que visitó PROTARTE por primera vez por circunstancias similares a las de Marcela. “Se llevó mis sueños”, explica al referirse a la esquizofrenia. Bailarina de profesión, Rocío trabajó durante su juventud en una academia de baile, junto a una compañía de ballet cuyo nombre, a pesar del esfuerzo, no recordó durante la entrevista.

“Desde los 16, hasta los 24, todo iba excelente. Lo que ocurrió es que me fui a España a trabajar allá con mi grupo. Después tuve una invitación para ir a

Marruecos, y de ahí me fui para arriba (profesionalmente), lo que sucedió es que desde ahí sentí que me estaban haciendo brujería”, cuando habla, Rocío casi no se mueve ni gesticula. Solo a veces se toca la nariz o se agarra el cabello un poco canoso. Mueve con frecuencia los ojos y por largos periodos mira al suelo.

Durante aquel viaje a Marruecos, los delirios de Rocío –que aumentaban en cantidad y gravedad con el paso del tiempo— afectaron plenamente el sueño de ser la destacada bailarina de ballet que prometía ser.

“Yo empecé a andar con el muchacho que era director de la compañía, era quien decía derecha, izquierda (en referencia que era el coreógrafo), y yo decía ‘no es posible que me sienta tan mal, alguien me está haciendo algo’ y dije no, esto sí es brujería, esto entra por la mente, esto no puede ser. (...) Terminé con Mauricio (el coreógrafo) y pues ya, me corrió (de la compañía)”. A partir de entonces la vida de Rocío se transformó.



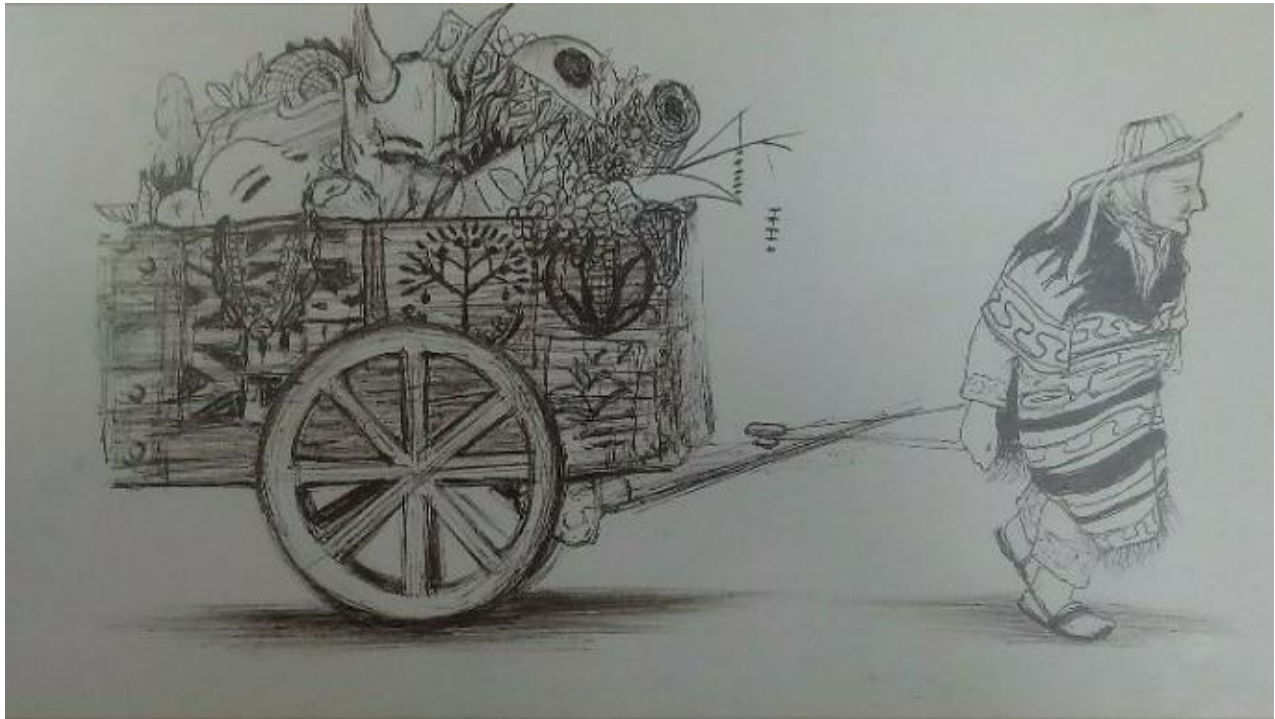
Rocío fue diagnosticada con esquizofrenia a los 22 años.
Foto: Frida Sánchez. 21 de mayo de 2018.

Datos de la revista *Nature Reviews*, informan que las personas con esquizofrenia son más propensas a sufrir algún tipo de adicción, ya sea de alcohol --u otras drogas duras ilegales-- o tabaco (a esto se le llama patología dual). Asimismo, el consumo de estas sustancias puede empeorar los síntomas y aumentar la rapidez de la evolución de la enfermedad. A Rocío le tocó vivir una difícil etapa de la mano de las drogas. “Entre las voces que oía, lo que sentía que me hacían y que me drogaba, empeoré. Fue más difícil”.

“Pasé de todo antes de PROTARTE, ya te iré contando mi historia” finaliza la primera vez que Rocío se siente junto a mí para contarme su experiencia con la enfermedad. Es amable y dice que le encanta tener a alguien con quien hablar “de esto”.

Además de ser parte de PROTARTE, las historias de Rocío y Marcela tienen otro dato en común: ambas coinciden en que, aunque de formas distintas, han sido apoyadas ampliamente por sus respectivas familias, hecho que, --a diferencia del caso de Rosa— les ha permitido tener una mejor calidad de vida.

- **Definición, tipos y características en la psiquiatría moderna**



Viejo sueño (2017-2018), dibujo expuesto en una pared de la escuela de Arte Nahui Ollin, realizado por un paciente con esquizofrenia.
Foto: Frida Sánchez, 18 de mayo de 2018.

“Tardaron mucho en darme un diagnóstico porque al principio me decían un cosa y después otra; cuando finalmente me dijeron que tenía esquizofrenia fue difícil. Yo no lo aceptaba, y luego como no se sabía la causa, no entendía nada”, uno de los principales motivos de la angustia de Marcela fue saberse diagnosticada con un padecimiento “incurable” y “raro”, asegura la jovencita.

“La causa original o primaria de la locura es un misterio”, escribió el médico William Pargeter en el siglo XVIII; tres siglos más tarde, aún se desconoce esta verdad sobre la enfermedad mental..., en América podemos distinguir el concepto actual de esquizofrenia a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés) editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD por sus siglas en inglés); dos manuales de uso común entre los médicos.

Publicado por primera vez en 1952, el DSM es un sistema de clasificación de las enfermedades mentales cuyo objetivo es proporcionar descripciones y cifras exactas que ayuden al personal médico a diagnosticar de manera efectiva los padecimientos que le competen principalmente a la psiquiatría.

Según el DSM-V (publicación de 2013), se denomina esquizofrenia si el paciente presenta durante el periodo de un mes al menos dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (disgregación o incoherencia frecuente), comportamientos desorganizados o catatónicos y/o abulia (disminución de las expresiones emotivas y carencia de voluntad y energía).



Marcela y Rocío conversan en el patio de la escuela de arte Nahui Ollin.

Foto: Frida Sánchez, 28 de mayo de 2018.

Según se explica en el libro *Psiquiatría para médicos no psiquiatras* editado por la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Medicina y Editorial Panamericana, “los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención”. En este sentido, los síntomas se dividen en dos categorías: positivos y negativos.

Los síntomas positivos aparecen frecuentemente de manera súbita al inicio de la enfermedad; los pacientes presentan ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado y movimientos catatónicos. Por otra parte, los síntomas negativos suelen confundirse con falta de ganas o flojera para realizar actividades normales, debido a que los pacientes se ven afectados por una severa disminución o pérdida de sus funciones normales; también sufren aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia y/o se muestran apáticos.

Hasta 2009, el DSM-IV distinguía cinco tipos de esquizofrenia definidos por la sintomatología (conjunto de síntomas o signos) que predominan en el momento en el que el especialista hace la evaluación. Los cinco tipos de esquizofrenia eran: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.

En el siguiente gráfico se explican de forma breve cada uno de los síntomas de la esquizofrenia, la información fue tomada con base en las descripciones del DSM-V.

Síntomas positivos (distorsión de las funciones normales, aparecen de manera súbita al inicio de la enfermedad)	Síntomas negativos (disminución o pérdida de las funciones normales)
Ideas delirantes Creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias	Aplanamiento afectivo El lenguaje corporal y la movilidad de las expresiones faciales de encuentran disminuidas y el paciente mantiene poco contacto visual.
Alucinaciones Alteraciones en la sensopercepción, es decir, en la manera que el paciente reconoce la realidad a través de los sentidos (pueden ser de tipo auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles; sin embargo, las auditivas son las que se presentan con mayor frecuencia).	Alogia Capacidad del habla disminuida. El paciente tiene problemas para dar continuidad a sus pensamientos, lo que ocasiona pobreza en la fluidez al entablar conversaciones.

<p>Lenguaje desorganizado</p> <p>Considerado por Bleuler como la característica más importante de la esquizofrenia, el pensamiento y lenguaje desorganizado de un paciente puede llegar a ser incomprendible pues el individuo puede presentar descarrilamiento (perder el hilo de la conversación o saltar de un tema a otro sin conexión) o tangencialidad (dar respuestas sin relación con lo que se le preguntó) al tratar de completar oraciones.</p>	<p>Abulia</p> <p>Es la incapacidad para dar inicio y continuidad a las actividades dirigidas a un fin. El paciente se muestra desinteresado ante las actividades de trabajo o de tipo social. Puede mantenerse sentado o en la misma posición por largos lapsos.</p>
<p>Comportamiento gravemente desorganizado</p> <p>El paciente actúa de manera irracional; desde salir de casa despeinado o usando prendas de vestir inadecuadas para el momento (usar guantes o abrigos en época de calor), hasta tener manifestaciones sexuales en lugares inapropiados, masturbarse en público o insultar y gritar sin motivo alguno.</p>	<p>Anhedonia</p> <p>El paciente presenta disminución en su capacidad para disfrutar o sentir placer por las actividades o situaciones que antes le agradaban.</p>
<p>Comportamiento catatónico</p> <p>El paciente presenta disminución en su reacción ante el entorno; puede ser una falta de atención extrema (estupor catatónico), postura rígida e impedimento para ser movido (rigidez catatónica), resistencia a las órdenes para ser movido (negativismo catatónico), presentar posturas extrañas o inapropiadas (posturas catatónicas) o movimientos excesivos sin razón o sin ser provocados (agitación catatónica).</p>	<p>Apatía</p> <p>El paciente se muestra desinteresado ante su entorno o hacia las personas que conforman al mismo.</p>

“A mí me dijeron que tenía esquizofrenia paranoide. Los médicos me fueron guiando porque igual para ellos no fue tan fácil saber qué era”, comenta Marcela.

Susana Medina, una psiquiatra del Instituto Nacional de Psiquiatría, asegura que actualmente clasificar la esquizofrenia resulta obsoleto. “Los tipos de esquizofrenias fueron establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana, los integrantes de la asociación se reúnen cada cierto tiempo para revisar los criterios de las enfermedades y los trastornos mentales”.

Es decir, que dicha clasificación de la esquizofrenia se estableció antes de la publicación del DSM- IV; “sin embargo, en la última versión (DSM –V) se quitaron esas clasificaciones, porque se veía que una misma persona diagnosticada con esquizofrenia paranoide de repente puede presentar síntomas de una catatónica o de una desorganizada”, comenta en su consultorio dentro del módulo de atención a pacientes de la Clínica de la Esquizofrenia.

Sala de espera de la Clínica de la Esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
Foto: Frida Sánchez, 18 de mayo de 2018.



La especialista afirma que se determinaba qué tipo de esquizofrenia padecía un paciente según la sintomatología que predominaba en él, la cual puede variar con frecuencia. Pero ella considera, bajo su experiencia, que para los médicos resulta más sencillo hacer la distinción debido a que no todos los pacientes evolucionan de la misma manera y, en algunos casos, predomina más alguno de los síntomas.

“Para nosotros (los médicos) sí resulta más fácil distinguirlas, principalmente porque, por ejemplo, una esquizofrenia con predominio de paranoide no tiene el mismo pronóstico que una con mayor presencia de síntomas catatónicos”, y manifiesta que dicha distinción es indispensable debido a las importantes repercusiones que tiene en el tratamiento que se elige para el afectado.

Gráfico B



Información tomada del DSM-V, gráfico: Frida Sánchez.

Uno de los grandes retos a los que se enfrenta la psiquiatría moderna, como explica Mauricio Rosel, director de la Clínica de la esquizofrenia del Instituto

Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz, es al esclarecimiento del diagnóstico correcto de manera oportuna, en gran parte, debido a que con frecuencia los familiares confunden las conductas anormales del paciente con 'etapas' o características que consideran propias de su personalidad, restándoles importancia.

“Usualmente los pacientes empiezan con los síntomas negativos, pero es gracias a los positivos que la familia percibe el cambio y corre al hospital. El paciente empieza a tener problemas para socializar, problemas en la escuela o en el trabajo, pero eso no llama tanto la atención de los familiares, pues piensan que son 'etapas', o dicen 'bueno, es un flojo'; pero cuando empieza a hablar solo o a tener conductas extrañas, ahí sí, todo el mundo se altera”, asegura el médico.



Dr. Mauricio Rosel,
encargado de la
Clínica de la
esquizofrenia en el
Instituto de Psiquiatría
Ramón de la Fuente
Muñiz.
Foto: Frida Sánchez,
31 de agosto de 2018.

Diagnosticar a un paciente con esquizofrenia no es tarea sencilla. Según el especialista, los primeros datos que se obtienen sobre el paciente provienen de la información que refieren los familiares o personas que acuden a las consultas con ellos; desafortunadamente la imprecisión de las explicaciones que otorgan los familiares complica la evaluación.

“Desafortunadamente, no existe ningún estudio de gabinete que confirme o rechace por completo el diagnóstico. No hay ninguna prueba que podamos hacer, ni de sangre, ni algún estudio en el cerebro”. Una vez que el paciente acude al consultorio, el diagnóstico depende únicamente de la clínica; es decir, de lo que el médico observa en el enfermo, lo que sus familiares cuentan y de algunos estudios que se utilizan para “orientar” el diagnóstico, sin que sean certeros.

“A un paciente del que se tiene la sospecha (que tenga esquizofrenia) se le realizan estudios generales para ver cómo está todo el funcionamiento del cuerpo, pues es importante descartar que los síntomas que tiene no sean por otra enfermedad”.

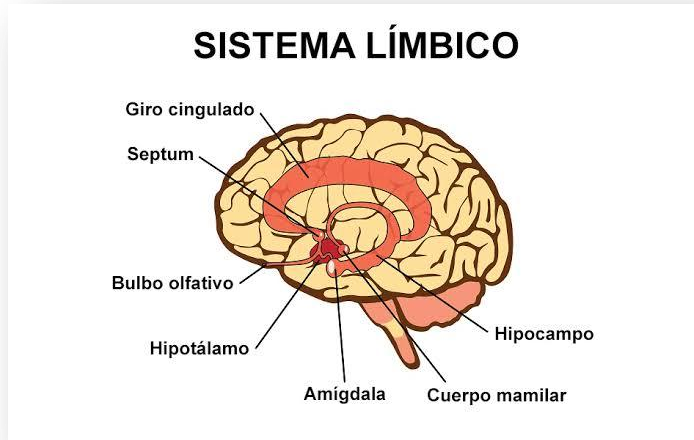
Hoy se sabe que la esquizofrenia causa alteraciones en varias estructuras cerebrales. “En el cerebro de un esquizofrénico se dan cambios tanto microscópicos como macroscópicos”, indica Rosel.

Un ejemplo de cambio microscópico es lo que se conoce como “poda neuronal”. “Cuando nacemos tenemos cierto número de neuronas que conforme crecemos van incrementando en número y cantidad de conexiones que hacen, debido a que estamos en desarrollo”. La poda neuronal es una manera de protegernos; por ejemplo, si un niño se cae o se lastima frecuentemente causando muerte neuronal; “digamos que el cuerpo compensa esta pérdida generando más conexiones y más neuronas para evitar daños”.

“Cuando se entra a la adolescencia dejan de ser útiles tantas conexiones porque generan un gasto de energía innecesario, es cuando el cuerpo realiza la ‘poda’, en la que se eliminan neuronas o conexiones que no son necesarias”. Sin embargo, en la esquizofrenia esa poda neuronal es excesiva, “es un cambio generalizado, es decir, que se da en todo el cerebro, pero principalmente en la corteza”.

Asimismo se dan cambios macroscópicos. “Hay cambios de tamaño, de distribución de las neuronas en las capas de cerebro, en el sistema límbico, en estructuras del lóbulo temporal, en el hipocampo y en las áreas de la corteza que tienen que ver con el lenguaje”, puntualiza el especialista.

Fueron los egipcios (entre el 2000 y el 1500 a.C.) los primeros en establecer que es en el cerebro en donde se sitúa la mente, y no en el corazón, como lo creían los griegos.



Partes del sistema límbico (esquema). Imagen disponible en: <http://bit.ly/2MoRxE1> Acceso: 10 de enero de 2019.

A grandes rasgos, el cerebro está dividido –por el surco longitudinal– en dos hemisferios, el izquierdo y el derecho, cada uno de los cuales se dividen a su vez en cuatro lóbulos: el frontal, encargado del control y ejecución de las conductas; el parietal, en donde se procesa la información sensorial; el temporal, cuya función tiene que ver con la memoria; y el occipital, receptor de la vista.

La esquizofrenia afecta principalmente al sistema límbico (conocido ambiguamente como “cerebro emocional”) encargado de la correcta funcionalidad de las emociones del individuo.

El origen de la esquizofrenia es todavía un misterio. Sin embargo, en la actualidad se sabe que los principales factores son hereditarios y sociales. La esquizofrenia es una enfermedad que “se desarrolla”, indica Mauricio Rosel; si las condiciones familiares no son las óptimas, existe escenarios de violencia o de estrés para el paciente y, además, su carga genética es muy alta, es probable que este desarrolle la enfermedad o alguna otra similar.

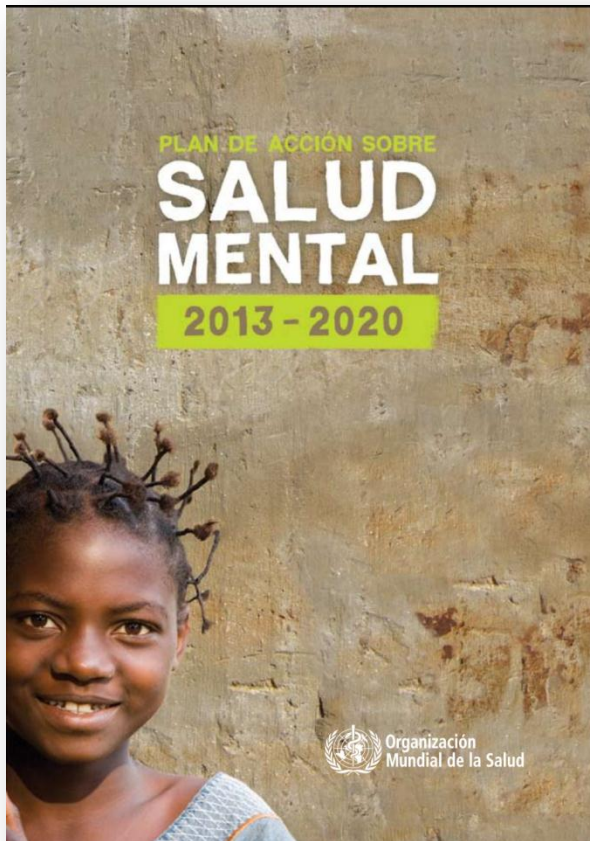
- **¿Cómo se visualiza la esquizofrenia en el mundo?**



Ilustración tomada de la revista digital *Asylum*
Imagen disponible en: <https://bit.ly/2xmvsIP>
Acceso: 16 de septiembre de 2018.

En 2013, la Organización Mundial de la Salud lanzó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, cuyo objetivo es incrementar la atención --y calidad de la misma-- hacia las personas con alguna afectación mental, dicho documento (el cual está disponible de manera gratuita en PDF (<https://bit.ly/2jicpQe>), permite visualizar un contexto general de los padecimientos mentales, y por supuesto de la esquizofrenia, a nivel global.

“Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su presentación es grande en todo el mundo”, se lee en el apartado de Recursos y respuestas del sistema de salud. Según dicho plan, el gasto anual en salud mental es menor a los dos dólares por cada persona, cifra que disminuye para los países de bajos ingresos, en donde el presupuesto por persona es equivalente 0.25 dólares.



Portada del *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*

Imagen disponible en:
<https://bit.ly/2jicpQe> Acceso: 16 de septiembre de 2018.

En el mundo, existen asociaciones de todo tipo para la prevención e integración de personas con enfermedades mentales. Sin embargo, cada sociedad y cada país es distinto, por tanto, las necesidades entre unos y otros varían. La falta de regulación internacional en la materia complica el apoyo de manera generalizada para quienes sufren esquizofrenia, las condiciones se agravan cuando se toma en cuenta que quien padece la enfermedad es una mujer, la cual, en ocasiones, sufre discriminación inherente a su sexo.

De acuerdo con un reporte de la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos (CCHR) --creada en 1969 por el profesor Thomas Szasz y la Iglesia de Scientology para resguardar los derechos de los pacientes que sufren padecimientos mentales--, en el mundo cada 40 segundos “alguien es enviado involuntariamente a una institución psiquiátrica”, un millón de personas reciben terapias de electrochoque y 120 millones de personas reciben tratamiento con fármacos.

Para evitar el maltrato de quienes padecen enfermedades mentales, la CCHR ha ayudado a la promulgación de al menos 180 leyes y advertencias sobre fármacos para proteger a los individuos vulnerables que son violentados o no han sido tomados en cuenta para recibir tratamientos con los cuales han sido abusados, o incluso han terminado con su vida; además, la organización sin fines de lucro ha formado parte de diversos casos a nivel mundial en los que se ha puesto fin al maltrato de las personas.

En México y Estados Unidos, por ejemplo, la CCHR apoyó la creación de Ley de Seguridad y Medicación Infantil, en la que se prohibió que se obligara a los padres de menores con problemas de salud mental otorgar psicotrópicos a sus hijos como requisito para permitirles volver a la escuela.

Existen diversas organizaciones y tratados de índole internacional encargados de regular la problemática y el estigma que se genera en torno a la salud mental; sin embargo, su difusión y, por tanto, el conocimiento que la población tiene al respecto es casi nulo.

Por ejemplo, en la Ciudad de México, según una encuesta realizada a habitantes del estado y la ciudad de México, revela que, de los encuestados, solo el uno por ciento (es decir, solamente dos personas de las 200 encuestadas), conoce alguna ley o tratado, ya sea propio de México o internacional, que vele por el bienestar de los enfermos mentales. Sin embargo, existe más de una.

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), por ejemplo, creó en 1991 los **Principios para Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental**, los cuales, establecen que todas las personas tienen derecho a recibir atención médica en materia de salud mental y que, quienes padezcan alguna afectación de este tipo, deberán ser tratadas con humanidad, respeto y dignidad.

La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** – aprobada por las Naciones Unidas en 2006—, cuyo propósito es la promoción, protección y resguardo de las condiciones de igualdad de los derechos humanos y

libertades de las personas con discapacidad, indica en su artículo primero que “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, **mentales**, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de sus condiciones con las demás”.

Específicamente, el artículo 6 de dicha convención trata sobre las mujeres con discapacidad, expresa que “los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación”, por lo que adoptarán medidas para que estas disfruten plenamente de sus derechos, libertades y al pleno desarrollo.

Por otra parte, el artículo 12 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (que entró en vigor en 1976), señala el derecho de toda persona “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

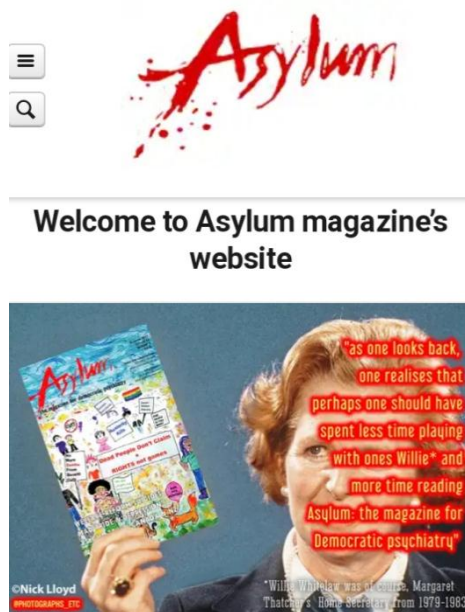
Ahora bien, existen diversos protocolos sobre los derechos de las personas con alguna enfermedad mental, pero no una que cubra específicamente a quienes han sido diagnosticados con esquizofrenia, mucho menos una exclusivamente dedicada a las mujeres que la padecen. El problema que se ha generado en torno a la esquizofrenia es muy amplio y puede ser visto desde una cantidad de perspectivas inimaginables.

La CCHR, por ejemplo, es una organización que considera la esquizofrenia como un padecimiento “inventado” por la psiquiatría. Un psiquiatra negaría dicha afirmación y, respecto a esto, el historiador Andrés Ríos Molina (previamente citado), considera que “el problema inicia desde el desconocimiento de la enfermedad (...) los hombres le tienen miedo a lo que desconocen, así ha sido siempre, (...) con la esquizofrenia, hubo un tiempo en donde, todo lo que era raro, extraño o no sé sabía a donde ponerle, era esquizofrenia, o estaba loco, pues”. Las dimensiones de la problemática son sustanciales.

Las posturas que tiene el mundo ante la esquizofrenia y ante los síntomas que refieren los pacientes, son muchas y cambiantes; existen también colectivos

creados por personas sin antecedentes de enfermedad mental en su árbol genealógico, o por familiares, amigos y conocidos de quienes han padecido alguna enfermedad mental; e incluso creados por los mismos enfermos, quienes luchan por hallar una forma para lidiar con sus malestares e integrarse a la sociedad sin prejuicios ni discriminación.

Asylum: the magazine for democratic psychiatry (<https://bit.ly/2OtxrsW>), por ejemplo, es una revista –publicada desde hace 30 años— que se autodefine como “una plataforma para dar voz y discutir todas las perspectivas de la salud mental”. Sus publicaciones no se centran exclusivamente en textos creados por el colectivo o especialistas, también tienen apertura para que los pacientes compartan experiencias.



Portada web de la revista *Asylum*.
Captura de pantalla disponible en: <https://bit.ly/2xmvsip>
Acceso: 13 de junio de 2018.

Uno de los artículos, escrito por Paul Hammersley y Terence McLaughlin, aborda los motivos por los que la palabra “esquizofrenia” debería ser retirada del lenguaje popular, pues se considera estigmatizante y que aporta pocos beneficios a quien padece la enfermedad.

“El termino esquizofrenia necesita ser abolido por varias razones. La también llamada enfermedad cuyo término pretende representar, es una malinterpretación de la gente etiquetada. La etiqueta “esquizofrenia” alienta la ignorancia ante aspectos clave presentes en la vida de las personas que reciben dicha etiqueta. Por ejemplo, el trauma en sus vidas, el terror, la pérdida de la autonomía, del sentido de sí mismo y de su empoderamiento; el intenso dolor emocional y el aislamiento”.

La publicación de dicho artículo forma parte de una campaña, liderada por la revista, cuyos objetivos es la erradicación de la etiqueta, los prejuicios y posible discriminación a la que se enfrentan los pacientes al ser llamados “esquizofrénicos”, pues consideran que el término es “extremadamente dañino para quienes es aplicado. (...) Diagnosticar con esquizofrenia a alguien es una de las cosas más dañinas que un humano le puede hacer a otro”, pues la etiqueta hace que el paciente se enfrente al estigma, sin obtener una cura.

Hearing voices network (HVN), por otra parte, es una plataforma digital creada específicamente para personas “que escuchan voces, tienen visiones o alguna otra percepción inusual”. Originaria del Reino Unido, HVN tiene sus orígenes en 1988, en Manchester, cuando Marius Romme y Sondra Escher crearon el primer grupo para personas “que escucha voces”.

Actualmente, una de las misiones de la plataforma es que los pacientes que experimentan alucinaciones auditivas o visuales tengan un foro en el cual expresarse abiertamente sobre su experiencia; para HVN lo más importante es el “contenido” de las voces, pues, aunque las alucinaciones de este tipo suelen darse con mayor frecuencia en personas diagnosticadas con esquizofrenia, existen quienes las escuchan sin un diagnóstico. “Creemos que (las voces) son similares a los sueños, símbolos de nuestras mentes inconscientes”, explican en su portal web.



Portada de la plataforma digital *Hearing Voices Network*.
Imagen disponible en: <https://bit.ly/2N3BNWc>
Acceso: 10 de enero de 2019.

Durante una entrevista (vía correo electrónico), uno de los administradores de Hearing Voices Network, explica que la plataforma digital no es una organización que ofrezca apoyo tradicional sobre salud mental, “no apoyamos a gente basada en un diagnóstico psiquiátrico, de hecho, la mayoría de las personas que escuchan voces no tienen uno”.

La plataforma apoya a otras organizaciones e iniciativas que pretenden apoyar a quienes escuchan voces, o tienen experiencias sensoriales inusuales, actualmente, “hay alrededor de 180 grupos en el Reino Unido (probablemente ahora más)”, indica el administrador.

HVN sobrevive del apoyo de voluntarios y forma parte de la organización internacional *Intervoice*, que conecta a gente y organizaciones de distintas partes del globo para incrementar la concientización sobre la experiencia que implica escuchar voces y cómo se puede ayudar a quienes viven con esto.

Según el portal *Intervoice* (<https://bit.ly/2y8UwsZ>), entre el cuatro y el 10% de la población mundial escucha voces, alrededor del 50% de los casos se trata de esquizofrenia; sin embargo, del dos al 4% de los casos se trata de “ilusiones” que pueden llegar a experimentar algunas personas sin tener necesariamente algún padecimiento psiquiátrico.

Portada de la plataforma digital *Intervoice*
Disponible en: <https://bit.ly/2y8UwsZ>
Acceso: 10 de enero de 2019.

La situación de la mujer esquizofrénica en México

En México existen 46 hospitales enfocados a la salud mental, solo 13 de ellos son unidades de internamiento en hospitales generales, mientras que ocho son establecimientos residenciales; para una población que supera los 20 millones de habitantes, y en donde se estima que cerca del 30% de los mexicanos sufren algún padecimiento mental, de los cuales más de un millón tienen esquizofrenia -- según explica un informe de la Secretaría de salud publicado en 2017--, la cantidad de espacios de salud para enfermos mentales es poca.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México solo se destina el 2% del gasto sanitario a la salud mental, de dicha cantidad, el 80% es usado para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, dejando de lado los programas de apoyo, y difusión. Además, lo recomendado por la OMS es destinar un equivalente entre el 5% y el 10% del gasto en salud.



Infografía: Frida Sánchez

De acuerdo con el último reporte de la OMS, publicado en 2014, la Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León son las ciudades donde se concentra el 60% de los psiquiatras del país, mientras que los estados en donde hay poca presencia de dichos especialistas son Tlaxcala, Zacatecas, Baja California Sur, Querétaro y Colima; en donde apenas 62 especialistas cubren las necesidades de los pacientes.

Los datos anteriores indican un deterioro en las condiciones de salubridad mental en México, ¿será que para 2020 México haya actualizado las legislaciones sobre el tema, tal como lo establece el Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS (véase subcapítulo anterior)?

En México existe el Programa *de Acción específico (PAE) en Salud Mental 2013-2018*, creado por el Gobierno Federal para el fortalecimiento de los servicios de atención psiquiátrica, formalizar la Red Especializada de Atención Psiquiátrica y realizar acciones de prevención y educación de los trastornos mentales prioritarios, así como sus factores de riesgo, sin embargo, las iniciativas a futuro para el fortalecimiento en salud mental en el país son pocas y no contemplan mejoras específicas sobre esquizofrenia.

Algunas de ellas son la reforma de la fracción I del artículo 74 de la Ley General de Salud, cuyo objetivo es que se considere a las personas depresivas como parte de la atención de los trastornos mentales y del comportamiento; la segunda expedida por la Ley Nacional de Salud Mental, pretende regular el acceso y prestación de servicios de salud mental con enfoque comunitario y vincularlo con los servicios sociales complementarios.

Uno de los hospitales con mejor calidad de servicio en salud mental en el país es el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; no únicamente respecto a las instalaciones y el trato que se da a los pacientes. “Estoy agradecida con los doctores del Ramón de la Fuente, me han ayudado mucho y su atención siempre ha sido buena. Las medicinas y las consultas, estoy a gusto”, explica Rocío cuando se le pregunta sobre su experiencia como paciente del nosocomio.

A este argumento se une Marcela quien también considera satisfactorio el apoyo que se ha brindado en el mismo hospital.



Logotipo del *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*.

Imagen disponible en:
<https://bit.ly/2NaOzC9>
Acceso: 10 de enero de 2019.

A unas calles de la estación del Metrobús Fuentes Brotantes, en la Ciudad de México, se encuentra el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, localizado en el número 2 de San Buena Aventura, en la colonia Tlalpan, inaugurado el 9 de mayo de 1967 con el objetivo de “brindar atención médica hospitalaria a la población de ambos sexos adulta con trastornos mentales agudos, diagnóstico y tratamiento modernos”.

El edificio de diez pisos ha brindado atención a un millón de personas desde su apertura y al año en promedio atiende a unas 45 mil; cuenta con 300 camas para los internos y dos modalidades de hospitalización: la parcial, en la cual la permanencia del individuo se establece según los requerimientos que considere el médico y la continua, en la que el paciente permanece interno por un lapso más prolongado.



Fachada del Hospital Psiquiátrico
Fray Bernardino Álvarez.
Foto: Frida Sánchez, 8 de noviembre
de 2018.

Desde las escaleras, es posible escuchar a las risas, voces y algunos gritos de quienes permanecen en las áreas de hospitalización; sin embargo, el acceso está restringido a los cuidadores, médicos enfermeros, personal de limpieza y familiares, quienes tienen permitido visitar a sus enfermos dos veces por semana. Desafortunadamente, las autoridades de la institución no permitieron que se les realizara una entrevista para conocer el funcionamiento del lugar.

La solicitud –que fue entregada directamente en las instalaciones del hospital-- fue rechazada vía telefónica por Cecilia Bautista, Subdirectora de Enseñanza, Investigación y Capacitación del hospital, bajo el argumento de que habían recibido otra solicitud similar, de la misma institución educativa “exigiendo la misma información”.



Entrada del Hospital
*Fray Bernardino
Álvarez.*
Fotografía tomada
del diario *La prensa*
por el aniversario 50
del nosocomio.
Imagen disponible
en:
<https://bit.ly/2Ojuca>
Acceso: 10 de enero
de 2019.

Sin embargo, no todos los hospitales cumplen con los protocolos de sanidad y limpieza tal como se establece en las normas mundiales. Tampoco existe un censo específico que indique cuántas mujeres padecen esquizofrenia en México, de hecho, esta enfermedad no es una de las más frecuentes en nuestro país.

Con una prevalencia del 1% a nivel mundial, cifra que no cambia para México, la esquizofrenia no se instala como una de las enfermedades más recurrentes entre las mexicanas.

Según una publicación de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCYTU), los trastornos mentales más frecuentes en el país hasta enero de 2018 son las fobias específicas, dependencia al alcohol, depresión, fobia social, trastorno de estrés postraumático, consumo perjudicial de alcohol, trastorno de pánico, trastorno negativista desafiante, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizado, consumo perjudicial de drogas, trastorno de ansiedad de separación de la infancia y dependencia de las drogas.

- **Así vive una esquizofrénica en la Ciudad de México**



Interior de la escuela de arte *Nahui Ollin*, las figuras de corazón del techo fueron realizadas por pacientes.
Foto: Frida Sánchez, 03 de mayo de 2018.

Desde las ocho o nueve de la mañana, todos los días, Rocío transita a paso lento por los pasillos del asilo “Para una vejez segura”, ubicado en la delegación Coyoacán, su hogar desde hace años. En el cuello porta dos listones en donde cuelga sus llaves y algunos gafetes con información personal. Pocas veces se deja el cabello suelto, no usa maquillaje ni esmalte de uñas, y cuenta que se aburre horrores en ese sitio.

Rocío es una mujer amable a la que le gusta platicar, “aquí en el asilo me hace falta compañía, me aburro mucho”, dice. Arrastra las palabras al hablar y pronuncia todo muy quedito; entre el ruido de los murmullos del resto de personas que habitan el asilo y las carcajadas de un loro que se encuentra en el jardín, escuchar a Rocío se complica, pero ella no se detiene, dice que le emociona contar su historia y explica con detalles cómo es su día a día.

“En la mañana a las cinco o seis me levanto, desayunamos a las seis y media o siete, de ahí a las doce no hago nada al menos lunes, martes y jueves, porque los otros días me voy allá (a Protarte), (...) salgo a Protarte o por mis medicinas al hospital, como hoy, y me regreso”, cuenta.

“Mi vida está bien, yo digo que ha estado bien”, sin embargo, asegura que su vida, antes de reconocer la enfermedad fue muy difícil. “Cuando supe que era una enfermedad era porque me di cuenta que no era normal, yo decía que eran monstruos y las voces eran de monstruos (...) con las drogas se hizo difícil”.

Además del consumo de drogas, varias autolesiones graves que la llevaron al hospital y la pérdida de un bebé, Rocío cuenta que, aunque nunca ha recibido alguna crítica o ha sido víctima directa de discriminación, siempre se sintió distinta a los demás. “Les da miedo, no sé qué da miedo, pero yo creo que así es”, explica, sin dejarlo muy claro. La realidad es que, aunque se sabe que la discriminación hacia los enfermos mentales es frecuente, los casos en los que ocurren son poco denunciados y no se lleva un control muy claro, al menos no en la Ciudad de México.

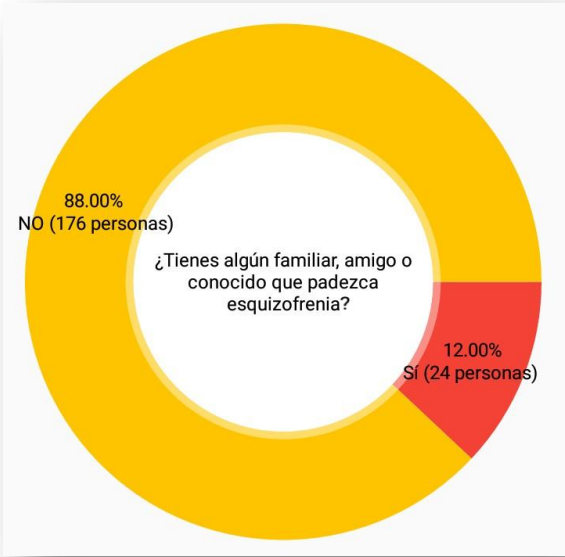
De acuerdo con un boletín informativo emitido y publicado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) en 2013, –el cuál no ha sido actualizado desde entonces--, la falta de información y el estigma que existe respecto a las enfermedades mentales ocasiona que las personas que las padecen sean “discriminadas y excluidas de la vida social, productiva y familiar, e incluso vivan en condiciones indignas y en las que sus derechos fundamentales sean constantemente vulnerados”.

Aunque la dependencia negó contar con datos más recientes, de enero de 2012 a marzo de 2013, recibió 126 quejas de violación a los derechos humanos en relación con la salud mental.

Además, de 1995 a 2012 la CDHDF presentó cuatro ‘recomendaciones’ por vulneraciones a los derechos de quienes sufren de algún trastorno mental.

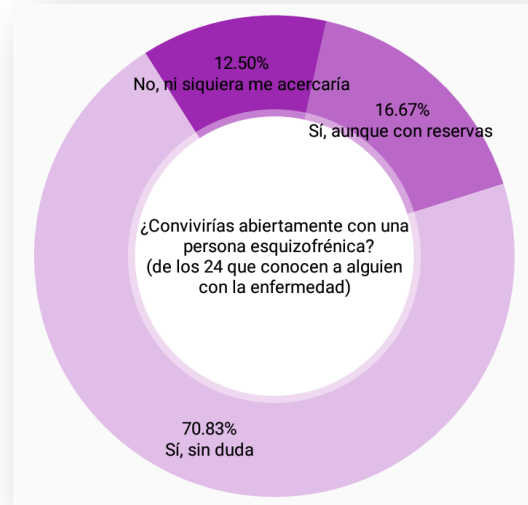
Gráfico C

En la encuesta de opinión realizada a 200 habitantes del Estado y la Ciudad de México, se encontró que de 176 personas que nunca han tenido contacto con un paciente esquizofrénico, el 48.30% (85 personas) convivirían abiertamente con un paciente con esquizofrenia (Gráfico C), mientras que el 44.32% (78 personas) lo harían pero con reservas.



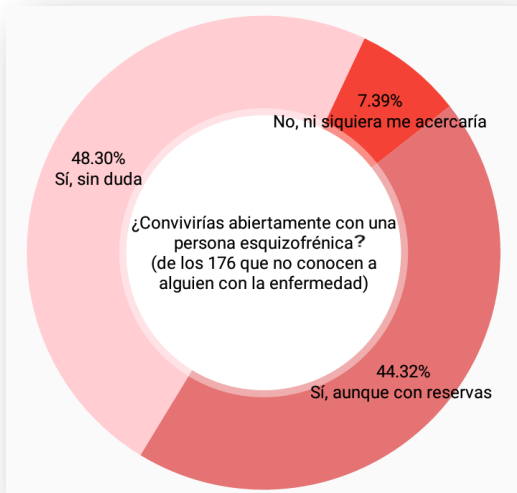
Solo el 7.39% (13 personas) manifestó que ni siquiera se acercaría a una persona al saber que padece dicha enfermedad, entre los motivos que destacaron fue la creencia de que se trata de “personas agresivas” o miedo a que reaccionen de manera violenta.

Gráfico D



Solo 24 encuestados ya han tenido contacto con una persona esquizofrénica en su vida, de los cuales, el 70.83% (17 personas) afirmaron que convivirían abiertamente con un paciente en tales circunstancias, 16.67% (4 personas) lo harían con reservas y “manteniendo precaución”, según indicó una de las encuestadas. Mientras que el 12.50% (3 personas) no se acercaría, pues aseguran “conocer la dificultad para tratarlos” (Gráficos D y E).

Gráfico E



Ante tal contexto, el 63.27% de los encuestados (124 personas) desconocen completamente cómo tratar a un esquizofrénico durante una crisis; 26.53% (52 personas) tienen conocimientos limitados y el 10.20%, equivalente a 24 personas, afirma saber cómo tratar a un esquizofrénico durante una crisis (Gráfico E).

Comparativamente, el 50% (100 personas) de los encuestados posiblemente ofrecerían apoyo a una persona con esquizofrenia, “dependería de la situación”, “si se trata de un familiar o alguien muy cercano tendría que hacerlo”, “si estuviera

en mi casa sí, si es alguien externo no lo sé”, manifestaron algunos. El 43% (86 personas) ofrecerían su apoyo sin dudarlo, “aunque claro, tendría que tener los conocimientos previos”; mientras que apenas el 7% (14 personas) manifestó que no apoyaría a un esquizofrénico, ni en una situación de crisis, ni por ningún motivo.

Cuando se le pregunta a Marcela cuál ha sido la dificultad más importante a la que se ha enfrentado desde que fue diagnosticada explica que le asustaría la reacción de las personas, pues aunque nunca ha recibido una mala palabra o ha sido discriminada directamente por padecer esquizofrenia, ella se siente “distinta”. “Con los compañeros de PROTARTE todos nos sentimos muy a gusto, pero el problema empieza precisamente afuera”, afirma.

“En el imaginario existen estigmas y forma parte del lenguaje el uso de palabras como locura para referirse a personas con padecimientos. No es nada nuevo, incluso si no se les discrimina ellos mismos se sienten raros, diferentes”, argumenta Andrés Ríos, quien considera que uno de los grandes problemas de la enfermedad mental es la vida urbana.

“El problema de quienes tienen una enfermedad mental no es que la tengan. Sino que no producen”, explica y mueve las manos para expresar la falta de recursos económicos que no siempre pueden generar las personas por sí mismas.

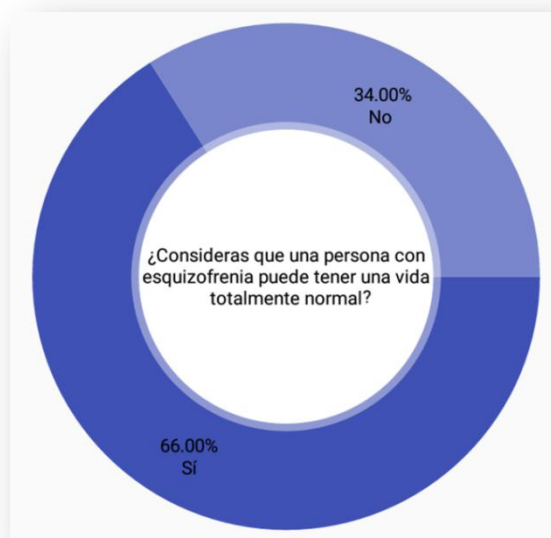
“Uno de los problemas de las mujeres en la edad que se les diagnostica es precisamente que no siempre consiguen mantener una vida económicamente activa”, dice Mauricio Rosel al respecto.

De hecho, la vida de las mujeres que son diagnosticadas con esquizofrenia suele detenerse debido a que no siempre tienen las condiciones y tratamientos adecuados que les permitan reintegrarse a la sociedad con normalidad; crear una familia y hacerse cargo de un puesto de empleo; hacerse cargo de sí mismas puede llegar a significar todo un reto para estas personas.

“Si van a pedir trabajo”, dice Ríos Molina, se vuelve complicado, “los empleadores no quieren problemas, al escuchar que tienen un trastorno se vuelve muy complicado para ellas obtener un empleo, desde que escucha que es alguien medicado o que acude a terapias, descartan a la persona”.

La falta de oportunidades laborales y de integración a la vida cotidiana, puede hacer ver a la enferma como una persona poco apta para; sin embargo, según la encuesta realizada a 200 capitalinos solo el 44% considera que una persona con esquizofrenia no puede tener una vida totalmente normal (Gráfico F). El otro 66% que considera que es posible, indicaron que con el medicamento adecuado y las terapias correctas, las mujeres podrían reintegrarse sin mayor problema a sus actividades cotidianas.

Gráfico F



Rocío, quien aspiraba a ser una exitosa bailarina aún recuerda sus días de juventud como los “gloriosos momentos en los que podía bailar. (...) Me gustaba mucho, eso era mi vida”, y se lamenta por la pérdida del hijo al que se vio obligada a “renunciar gracias a la esquizofrenia. (...) A una mujer que desea hijos, lo peor que puede pasarle es perder a uno”. No suelta una sola lágrima mientras habla,

por el contrario, sonrío, pero la voz entrecortada, símbolo de un nudo en la garganta, deja ver el hueco que existe en el pasado de la mujer.

- **Organismos en apoyo al tratamiento de la esquizofrenia en la Ciudad de México**



Interior del Hospital *Fray Bernardino Álvarez*.
Foto: Frida Sánchez, 8 de noviembre de 2018.

Una tarde de septiembre Dunia Pintado, miembro de la organización sin fines de lucro Voz pro Salud Mental, acepta una entrevista en su oficina localizada en la colonia Jardines del Pedregal, al sur de la Ciudad de México. Entre tazas de café y pan de la alcaldía de Milpa Alta, la psicóloga explica cómo inició la organización, actualmente una de las más importantes no sólo de México, sino a nivel internacional.

El organismo, cuyo lema es “Solos somos invisibles, unidos somos invencibles”, se autodefine como un grupo de apoyo para familiares de pacientes que padecen de algún trastorno mental, como depresión mayor, esquizofrenia, patología dual, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, entre otros tantos que aquejan a la población mexicana.

El proyecto surgió como una propuesta para acercar a la gente el concepto de *psicoeducación*, es decir, preparar a los familiares de personas mentalmente enfermas, para que sepan gestionar la situación de manera adecuada. “Cuando te llega un problema de estos (a un familiar) es un shock catastrófico, precisamente porque venimos de una negación total de estas enfermedades”; en la actualidad Voz Pro Salud Mental tiene alcance en trece estados de la república mexicana y está constituido por familiares de personas con trastornos mentales que ofrecen cursos y talleres a quienes se inician en la tarea del cuidado de un familiar.

Cuando se le pregunta sobre el tema de la esquizofrenia, Dunia habla sin tapujos; “tenemos craquelado que hay que taparlo, que no hay que decir nada (...) antes, si se tenía un problema de estos en una familia todo mundo se callaba y nadie intervenía, solamente hasta que las crisis se agravaban o comenzaban los intentos de suicidio”.

Dunia asegura que uno de los grandes problemas a los que se enfrentan los familiares de mujeres (o cualquier persona) con esquizofrenia, es al fuerte estigma que proviene de la sociedad, así como al miedo de que otros se enteren sobre el padecimiento y se les mire mal o se les aíse. En este contexto, cabe resaltar la explicación proporcionada por el historiador y académico de la UNAM, Andrés del Río, quien manifiesta que ese miedo a ser juzgado por una mal mental, surge de siglos atrás, cuando se pensaba que conforme nacían las nuevas generaciones se iba “degenerando la especie”.

Dunia Pintado, psicóloga y tallerista de *Voz Pro Salud Mental*.
Foto: Frida Sánchez, 18 de septiembre de 2018.



“El problema no era tanto para quien estaba enfermo, sino para la familia, porque decían: en esa familia hay ´degenerados´. Quién sabe qué habrá hecho el papá o la abuela, si fulanita de tal tiene un hermano loco, tú no te vas a casar con ella (porque) los niños van a nacer degenerados”, destaca Molina.

Ante dicha situación, lo más prudente para las familias era deshacerse o esconder a los miembros que eran “distintos”, aislarlos de la sociedad o en su defecto, recluirlos en algún manicomio. Dunia coincide con esta versión y además expresa que en la actualidad, aunque los usos y costumbres han cambiado, ni se les considera seres malignos, aceptar la discapacidad psicosocial de un familiar, sigue siendo un conflicto que muchas veces impide que las familias se acerquen a un especialista.

“Una vez que reconocieron que algo anda mal, lo que sigue es llevar al enfermo con un médico. Desafortunadamente, antes que eso pase, hay un trajinar largo”, antes de que los familiares o personas más allegadas a la enferma acudan con un especialista, una larga lista de personajes –entre brujos, sacerdotes y demás— encabezan la primera opción ante la emergencia.

Voz Pro Salud Mental es la única organización --en la Ciudad de México y en algunos otros estados--, cuyas labores pretenden favorecer a este sector vulnerable de la población con un alcance tan amplio, pero no es la única. Existe también la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, A.C., el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila, y los Cecosam (Centro Comunitario de Salud Mental), ubicados en las delegaciones Cuauhtémoc, Iztapalapa y en Zacatenco.

“El problema con las unidades de salubridad”, como los Cecosam, explica Dunia, es que no siempre se cuenta con la cantidad de médicos y recursos para tratar a la cantidad de enfermos que lo requieren. “Los familiares padecen en esa búsqueda de que se les entienda, nosotros les brindamos apoyo que va más allá de las medicinas, se trata de que aprendan a lidiar con la enfermedad y compartan sus experiencias, de no guardarse nada porque hace mucho daño”:

3. Consecuencias



Loca encadenada de William Dickinson (imagen tomada de la versión impresa del diario *El País*, 25 de julio de 2017)

• Tomasa, un caso de éxito

*Los locos pasan el día y la noche
en gajos de luz imaginada,
en lámparas ciegas igual que túneles
donde no hay reposo,
donde el grifo eterno
suelta gotas como lágrimas*

María Cruz, poeta mexicana

“¡Apaga eso porque me está amenazando de muerte!”, gritaba la tía Tomasa, y quien estuviera junto a ella debía apagar la radio y tranquilizar a la mujer. A veces oía voces, se peleaba con ellas y les decía groserías; no quería salir de su casa por el temor a ser espiada o perseguida.

Tomasa hacía limpieza en casas, llegó a trabajar en tres o cuatro lugares distintos al mismo tiempo, era una mujer feliz a la que le gustaba su trabajo y pasar tiempo con su familia; sin embargo, el temor a ser agredida y la frecuencia con que oía voces consumieron a la mujer joven y fuerte que salía a trabajar todos los días.

“Se iba con mucho miedo o luego les decía ‘no salgan porque me están espiando’, ‘me quieren hacer algo’; y toda esa angustia se las contagiaba a sus hijos”, cuenta Ana Julia, quien estudió psicología en honor a la tía Tomasa.

La tía Tomasa era viuda, de bajos recursos y tenía seis hijos. No era la “tía de sangre” de Ana Julia, “pero nos hicimos como familia de corazón porque nuestros padres se conocieron mucho”, explica la mujer, quien actualmente ofrece sus servicios de manera altruista para apoyar a quienes padecen esquizofrenia. Es una señora con carisma y una gran sonrisa; sin soltar los lápices de colores con los que trabaja y, sin abandonar la mesa en donde los pacientes con esquizofrenia aprenden a dibujar, Ana Julia explica los motivos que la llevaron a formar parte de PROTARTE.

Una mañana de mayo, a plena clase de dibujo se sienta en su banquito y comienza a contar “a veces oía a sus voces y se peleaba con ellas, les decía groserías. Con engaños la llevamos al seguro social porque ella ya no quería salir

de su casa”. Ana Julia convivió con la tía Tomasa por al menos 50 años, desde que se le diagnosticó esquizofrenia, a los 30, hasta el día de su muerte —por causas naturales— cuando tenía 87 años.

El esposo de Tomasa murió cuando sus hijos estaban muy chiquitos, por lo que ella redobló esfuerzos para mantenerlos y se dedicó a la limpieza de hogares, en uno de los cuales vivía Ana Julia cuando era niña, junto con algunos primos y sus padres. “Yo pienso que a partir de esa situación tan estresante comenzó a tener las crisis esquizofrénicas, sucedió al darse cuenta de la situación en la que estaban”, explica Julia, pues considera que el deceso del esposo de Tomasa y la dificultad para solventar a su familia sola fueron los detonantes de la enfermedad.

Tomasa trabajaba hasta en seis casas de manera simultánea y dejaba a sus hijos solos cuando aún eran pequeños. A los dos de menor edad, los dejó con uno de sus hermanos en Toluca y se quedó con tres que ya eran adolescentes con el objetivo de disminuir su carga trabajo.

“Mi tía le ayudaba a mi mamá con el aseo de la casa, mi mamá se dio cuenta que sus hijos estaban a la deriva, entonces mis primos y yo comenzamos a crecer junto a sus hijos, nos hicimos familia (...). Yo tendría 11 años cuando comencé a convivir con ella”.

Cuando Tomasa comenzó con sus primeras crisis, sus hijos se dieron cuenta, sobre todo la hija mayor, “que era como mi hermana”, explica Julia. “Oía en el radio algo y decía “están hablando de mí” o empezaba a tener ideas de que la perseguían o la querían matar. A veces tenía actitudes muy cambiantes, podía estar de buenas, pero de repente nos aventaba la comida y nos trataba feo. Nosotros nos sacábamos de onda”.

A los 18 años, Ana Julia entró a estudiar psicología, y fue entonces cuando se dio cuenta que las actitudes de su tía no eran normales. “A veces cerraba la puerta sin razón alguna y ya no nos dejaba entrar. Aunque lloviera o lo que fuera, y nos decía muchas groserías”, Julia, consciente de que su tía padecía algún trastorno,

pidió a las que eran como sus “hermanas” apoyar a la tía y ofrecerle asistencia médica.

“Me acuerdo muy bien del día que la llevamos al hospital, tuvo que ser con engaños para que la checaran, y quien se dio cuenta que se trataba de una crisis esquizofrénica fue la trabajadora social”.

Una vez en la clínica, la trabajadora social pidió que la trasladaran en ambulancia al hospital Rafael Lavista, entonces ubicado en la delegación Tlalpan, en el número 89 de la calle Guadalupe Victoria. Dentro del nosocomio, Tomasa recibió la valoración de un especialista y permaneció internada por casi dos meses para recibir tratamiento y estabilizarse.

“Nosotros íbamos a las visitas diario”, para Julia y los hijos de Tomasa era muy importante mantenerse junto a la paciente y ofrecerle apoyo. “Es bien triste, pero no todas las familias apoyan a sus enfermos, como que nos falta empatizar”, de acuerdo con ella, “algo” de lo que más afecta a las pacientes es la falta de apoyo “¡es grave que la sociedad estigmatice, ahora imagínate la propia familia!”.



Ana Julia en el Taller de pintura de *Protarte*.
Foto: Frida Sánchez, 25 de mayo de 2018.

“A ella todavía le tocaron electroshocks, te hablo de que eso fue por los años 80 (cuando) los médicos seguían haciendo eso”, de hecho, el hospital público Rafael Lavista, —creado en 1898— fue un centro pionero en el tratamiento contra la epilepsia, y se consolidó como un reconocido espacio de intervención a pacientes con depresión y esquizofrenia hasta 1982, año en que cerró sus puertas.

Un archivo publicado el 18 de junio de 1977 por la revista Proceso, confirma la importancia de dicho centro médico para los capitalinos de aquella época. “Doy plena autorización al Sanatorio Rafael Lavista y al IMSS para que sean aplicados los tratamientos médicos indicados en el caso de quien soy responsable legal. Entiendo que esta autorización incluye los tratamientos de electroterapia e insulino terapia y que tengo conocimiento de los riesgos que esto implica, excluyendo a dichas instituciones de toda responsabilidad”, se lee en el texto del periodista Federico Campbell, en el que se explica “el uso aventurado” de los tratamientos para los cuales los pacientes no contaban con una ley que los amparara.

Aunque corta (apenas un par de meses), la estancia en el psiquiátrico cambió la vida de Tomasa para siempre, “no regresó a ser la misma”, dejó de trabajar y dedicarse a sus hijos; ante la situación delicada de la señora, Noemí, su hija mayor, se responsabilizó y la sacó adelante.

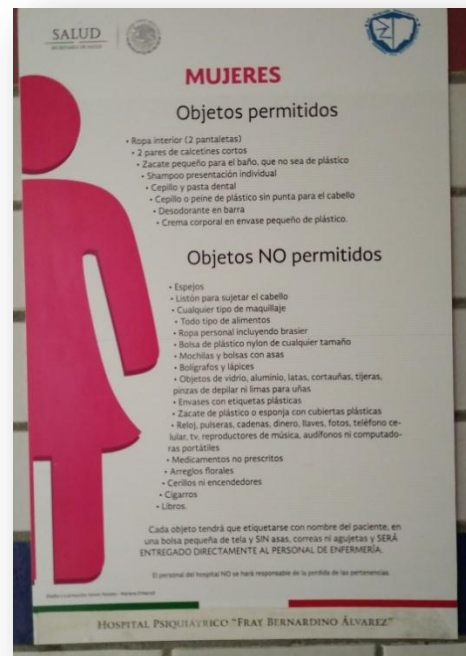
“Sin el apoyo de su familia, ella no habría vivido como lo hizo”. Para Julia, la familia de Tomasa fue indispensable en su recuperación, pues Noemí y Julia se encargaron de acompañarla a sus consultas y otorgarle los medicamentos correspondientes. “Buscábamos mantenerla ocupada y que nunca le faltara el medicamento. Cuando no se lo quería tomar el doctor le recetaba inyecciones (...) fue muy difícil, la vida de ninguna regresó a ser la misma”.

Cuidar de una esquizofrénica puede resultar una tarea de tiempo completo, sobre todo si la paciente se encuentra muy deteriorada. Lo que “cualquiera haría en otros casos es abandonarla”, pues, además de las implicaciones en la vida personal y familiar de sus cuidadores, la enfermedad puede ser difícil de

comprender en el entorno. “Hay quienes gritan que las tienen secuestradas o que las quieren matar. Un vecino que no sepa la historia, sin información, puede ocasionar hasta algún pleito legal. Ahorita ya sería más fácil demostrar (el diagnostico) pero antes era hasta peligroso vivir con alguien así”.

- **¿Cómo afecta la enfermedad a los familiares de la esquizofrénica mexicana?**

Objetos permitidos durante la estancia hospitalaria en el Fray Bernardino Álvarez. Foto: Frida Sánchez. 8 de septiembre de 2018.



“No existen fórmulas”, comenta el familiar de una paciente en Protarte, quien prefirió el anonimato, “no hay modo de meter a todos los casos en el mismo saco, cada familia es distinta”. Tratar con la esquizofrenia, al igual que con otros padecimientos mentales es complicado desde el hecho de tratar de entender lo que significa el padecimiento y las probables afectaciones que tendrá en la vida de quien la padece y de sus cercanos.

No podemos olvidar que se trata de seres individuales, con características completamente distintas, tanto como sus maneras de mirar y entender el mundo; con círculos familiares y amistades que dependen cada una de su respectivo contexto. La esquizofrenia de cada persona es tan distinta como la persona en sí. Cada quien la vive a su manera, cada quien sobrelleva la enfermedad según sus conceptos.

Julieta Mendoza, hermana mayor de Rocío, asegura que es “imposible” definir los patrones de vida de todas las mujeres que padecen esquizofrenia, “aunque a veces actúan de maneras similares, gritan o dicen groserías, o tienen soliloquios, o sea, aunque, tienen los síntomas de una paciente con esquizofrenia, que es lo que las diagnostica, sus vidas se modifican de manera distinta, lo que es seguro es que los planes laborales, intelectuales y familiares que tenían, se vienen para abajo, los de todas, y la discriminación, todas la viven de alguna forma”.

Es posible enmarcar algunas de las afectaciones más comunes en la vida de una esquizofrénica, las cuales no distan mucho de las que padecen personas con otro tipo de discapacidad: desintegración familiar, falta de oportunidades labores o estudios, consumo de drogas, dificultad para relacionarse con otras personas y discriminación.

Parte de la discriminación que sufre este sector y vulnera sus derechos se debe a los mitos y prejuicios concebidos por la sociedad con respecto a la enfermedad. “Es bien frecuente que a las personas que visitan psiquiátricos se les diga que son *locas*, que están zafadas, basta con mirar la televisión, muchos programas tienen ese concepto y no saben cómo reaccionar, las afecta pero no saben ni qué hacer”, de hecho, de acuerdo con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, en el lapso de enero de 2012 a marzo de 2013, dicha dependencia recibió solo 126 quejas relacionadas a abusos o violaciones de derechos humanos a personas con problemas de salud mental.

En este sentido, médicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, han enmarcado una serie de mitos frecuentes creados entorno a los enfermos mentales, entre los que destacan la creencia de que quienes padecen una enfermedad mental son personas “violentas e impredecibles”, “están así porque quieren” “no hay posibilidad de recuperarse” o podrían hacerlo “con fuerza de voluntad”.

El texto, de título *Pero si no estoy loco...* escrito por las psiquiatras Jazmín Mora Ríos, Natalia Bautista Aguilar, Miriam Ortega Ortega y Guillermina Natera, puntualiza al menos los siguientes mitos:

- Las enfermedades mentales no existen, son invenciones de la mente.
- Las personas con enfermedades mentales están así porque quieren, son flojas, están sugestionadas o carecen de fuerza de voluntad.
- Las personas con enfermedades mentales son violentas e impredecibles.
- La única forma de atención posible para las personas con enfermedades mentales es internarlos en un hospital psiquiátrico.
- Las persona con padecimientos mentales son casos perdidos, no hay nada que se pueda hacer por ellos.

A dichas ideas suscribe Mauricio Rosel, quien califica como “lamentable” que aún exista tanto estigma en torno a la salud mental. “Nosotros hacemos un esfuerzo, los familiares de las pacientes una vez que entienden la situación hacen el suyo, pero a la sociedad mexicana todavía le hace falta enterarse”.

Durante una charla llevada a cabo en las instalaciones de Protarte, familiares de los enfermeros coincidieron en que al menos alguna vez en su vida ellos o sus familiares padecieron alguna situación de discriminación. “No todos tienen la misma suerte, hay gente que deja a sus familiares en la calle, las personas se burlan o los jóvenes hacen bromas”, “es la falta de conocimiento, es una enfermedad y se trata, no son personas que lastimen a otros”, “uno se siente diferente en la sociedad, al saberse así, con un padecimiento”, explican acompañantes de esquizofrénicos en Protarte.

“Todo viene de que es una enfermedad con mucho estigma, entonces cuando una persona o una familia escucha ‘esquizofrenia’ se imagina mil cosas, y es muy difícil para la familia lidiar con todo eso, con todo lo que temen que va a pasar con su familiar”, comenta el psiquiatra Mauricio Rosel, respecto a la respuesta que dan los familiares de las enfermas al saber que padecen el trastorno mental.

“Hay familias que son muy receptivas, que se adaptan muy bien y siguen las indicaciones que les damos, pero hay otras que se desgastan mucho y cuya respuesta no siempre es buena.”

En psiquiatría, se maneja el término ‘emoción expresada’ que hace referencia a las emociones que manifiestan los familiares del paciente al momento de que el especialista les indica un diagnóstico. “Ya sea que se trate de familias sobreprotectoras o familias muy críticas y hostiles con el paciente”, expresa Rosel, “a los familiares les resulta muy difícil entender –ya sea que tenga alucinaciones o hable de algo que no existe- que esa es la realidad del paciente.

El especialista hace hincapié en que para los familiares puede resultar frustrante tratar de hablar con el paciente o de hacerlo entender que eso que están mirando o escuchando es irreal; sin embargo, indica un hecho fundamental: “(...) ellos (los esquizofrénicos) no escuchan voces ni tienen ideas extrañas porque quieren, (...) esa es su realidad, así es como lo están viviendo y eso es lo que a las familias les cuesta mucho trabajo entender.

A veces se vuelven muy críticos y surgen comentarios como ‘deja de decir esas cosas’ ‘¿no ves que estás mal?’ ‘¿cómo vas a ser tú el elegido?, eso no tiene sentido’, se vuelven hostiles, demeritan las palabras del paciente o se quejan por las conductas que tiene, como cuando pierden las ganas de realizar sus actividades, o son flojos, sin saber que esos son síntomas de la enfermedad”.

La familia de Rosa nunca aceptó la enfermedad de la paciente ni la gravedad de la misma. Salvo su hija Beatriz, quien está plenamente consciente del trastorno de su madre. “Cuando yo era niña me acuerdo que mi papá fue a visitarla al hospital. Íbamos a verla pero estaba yo muy chica para darme cuenta, fue hasta que crecí que caí en la cuenta de que mi mamá sí estuvo internada”.

La historia de Rosa cuenta con pocas versiones así como familiares accesibles para contarla, y estas no siempre coinciden. Lo único que puede rescatarse es que nunca hubo un acuerdo familiar que lograra resguardar a la mujer. “No debe ser fácil para nadie cuidar de alguien así, además ella no quería, negaba la ayuda

y decía que nosotras (su hermana y ella) estábamos mejor del otro lado, lejos de ella”, Beatriz se limpia las lágrimas con resignación y se termina la bebida con la que acompañó la entrevista. “Así lo hicimos, nos alejamos”, después de una pausa, vuelve a hablar “a lo mejor me arrepiento de no ayudarla”.

Una de las etapas más difíciles de enfrentar para las familias es aceptar lo que le ocurre a su familiar, volverse conscientes de tal manera que aprendan a llevar la situación y actúen en beneficio de la enferma. Es frecuente que el paciente esquizofrénico no se dé cuenta de que está enfermo, lo que complica la situación de familiares que pretendan acercarse. Tal como lo menciona Rosel, el paciente no tiene idea de que lo que ve y escucha no existe, esa es su realidad y para las demás personas siempre será complejo entenderlo.

“Hay que ponerse en sus zapatos”, explica el padre de Marcela, durante una breve entrevista. El hombre, de edad avanzada y un tanto desconfiado al dar las declaraciones cuenta que su experiencia –como la de todas las familias— fue “muy difícil, sobre todo al principio cuando comenzó a oír voces”.

“Nosotros (su esposa y él) ni sabíamos lo que estaba pasando. Y no era porque negáramos que estuviera enferma, sino porque de principio saca de onda. Uno no se espera que su hija va a estar así, que empiece a decir cosas para nosotros sin sentido, que actúe diferente. Como padre, imagina el dolor, la impotencia, es lo primero que se siente: impotencia”.

Otro de los problemas a los que se enfrenta la familia es al gasto que conllevan los tratamientos “Por fortuna nosotros (la madre, el padre y hermano de Marcela) hemos tenido la oportunidad de cubrir los gastos porque sí es muy caro, los medicamentos son caros”.

De acuerdo con Rosel, en promedio, el gasto mensual para tratamiento de la esquizofrenia es de “entre 700 u 800 pesos. (...) No tengo una cifra exacta, depende de la institución que la maneje y del resto de medicamentos que tome el paciente, porque a veces no solo es pagar la esquizofrenia”.

Esto sin tomar en cuenta que en muchos casos, la falta de oportunidades laborales para la paciente se traduce en una falta de recursos económicos para sobrellevar sus necesidades básicas. El haloperidol, un antipsicótico usado con frecuencia en este tipo de pacientes, tiene un precio promedio de 245 a 300 pesos en farmacias similares o tiendas de autoservicio en la capital del país.

Medicamentos con compuestos químicos como olanzapina o risperidona --ambos mencionados por el psiquiatra como efectivos y usados con frecuencia--, tienen un costo que varía desde los 150 a 550 pesos cada caja. "Si el paciente no trabaja, el gasto recae en sus familiares y, por su puesto, en la institución que lo trate".

"Nosotros la hemos tratado igual, para nosotros ella es como cualquier otro. Como nos explicaron una vez en el Instituto de Psiquiatría: tiene mucho que ver el entorno familiar pero también las condiciones de ella, el cómo se sienta y cómo la afronte", responde cuando se le pregunta qué cambios tuvieron que hacer en la manera de actuar hacia su hija una vez diagnosticada.

"Hay mucha probabilidad de que sus hijos tengan lo mismo, eso la frena a ella (Marcela), eso frena a cualquiera de crear una familia propia. Una pareja que acepte esas condiciones tampoco va a ser fácil, casarse, pero qué se le puede hacer. No toco yo ese tema con ella, será siempre tener la preocupación sobre cómo va a tratar ella a sus hijos y a su familia", indica el padre de Marcela.

Durante una conversación con la psicóloga de Voz pro Salud mental, Dunia Pintado, German, quien prefirió no dar sus apellidos, explicó que para él y su esposa, vivir junto a una hija esquizofrénica significó un cambio radical en su vida, pero también el "móvil" para la misma.

"Tengo una hija con esquizofrenia, pero también tengo un hijo y también tiene esquizofrenia. Los dos son muy distintos, ella se vale por sí misma, trabaja, vende cosas por catálogo, le gusta, se sale, busca cómo hacer y se toma sus medicinas. Pero él me ha resultado más complicado, se sale de la casa, no sigue el tratamiento", expresa.



German, padre de dos hijos con esquizofrenia.
Foto: Frida Sánchez. 18 de septiembre de 2018.

Para Germán, lo más importante para resolver el problema de desintegración familiar que causa la esquizofrenia es mantener a la familia junta. “Ellos de por sí luego se aíslan, si uno como papá, como familiar los aleja, se sienten peor, (...) fácil no es, pero es parte de la vida, yo, mis hijos, son mi vida. Son mi familia, no podría dejarlos solos”.

¿Abandonarlos? Eso es lo peor que puede hacer una persona con alguien enfermo. Hay que apoyarlos, buscar la manera, se necesita de un corazón noble porque sí, es cierto, tu vida, si te dedicas a cuidar a un enfermo mental, va a cambiar para siempre. Asegura Julieta Mendoza.

El apoyo de la comunidad y la familia en casos de personas que “han perdido la razón” es fundamental. “A la sociedad mexicana todavía nos da miedo convivir con estas personas. Una sociedad que no convive con estas personas nunca las podrá entender. Más que por un aspecto religioso, hay que aprender a tratarlos porque son humanos”, concluye el Padre Gustavo.

- **“Los periodistas en temas de salud mental, aquí no entran”**

“Cuando se trata de periodistas, hígole, aquí no entran, la tienen bien difícil. Los que quieren hacer un reportaje sobre las condiciones que se viven en los hospitales psiquiátricos, la tienen complicada. Los periodistas, en temas de salud mental, aquí no entran”, explica una mujer de mediana edad, quien labora en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, quien, por cuestiones de seguridad prefirió mantener el anonimato.

“Si quieres, puedes conocer el hospital, pero difícilmente se deja entrar a los periodistas a las zonas en donde están los enfermos. En primer lugar porque los pacientes merecen respeto y las políticas del hospital indican que nadie puede fotografiar o andar enseñando las fotos de los internos, y claro, en segundo lugar, porque las condiciones no siempre son las mejores”.

Son las diez de la mañana, un miércoles de mayo de 2018, y en el Fray Bernardino Álvarez, como en nosocomios de otras especialidades en la Ciudad de México, la gente entra y sale del lugar. Hay quienes vienen a sus citas de rutina, otros vienen a visitar a sus enfermos.

“Mi cuñada está internada, ya lleva tiempo allí, venimos a verla frecuentemente. Nos turnamos, yo casi no vengo pero ahora me tocó. (...) Queremos ver si la dan de alta”, cuenta una mujer de edad avanzada a las afueras del hospital, está sentada en la banqueta y le extraña que le pidan su nombre para hacer un reportaje “mejor así”, dice. Prefiere no dar más datos, porque “le da miedo, de todas formas” desconoce el diagnóstico por el que su cuñada permanece internada.

Para tener acceso al hospital, de manera académica, o para poder entablar conversación con alguno de los médicos que laboran allí, se requiere entregar una carta dirigida a Cecilia Bautista Rodríguez, subdirectora de Enseñanza, Investigación y Capacitación del hospital.

Cuatro semanas después de que se llevara una carta en hoja membretada y firmada por la jefatura de la carrera de Comunicación y Periodismo de la UNAM, en donde se esclarecían los motivos por los que se solicitaba una entrevista con especialistas, el departamento de enseñanza del hospital se comunicó para negar la solicitud, bajo el argumento de que “semanas antes”, otro estudiante de la misma carrera había hecho la misma petición pero “exigiéndola”. Pese a que se entregó otra carta, con la misma solicitud, no hubo respuesta.

“A mí me gustaría poderte ayudar y que se hablara más del tema, de lo que pasa aquí. Me gustaría que la sociedad supiera más, que le informaran más. Que no hubiera miedo y se atrevieran a hablar, a lo mejor así, con la gente informada, se les podría dar una mejor calidad de vida a estos pacientes”, comenta la mujer.

Después levanta los hombros y hace un gesto de inconformidad, “pero ni modo”, no puedo ayudarte, si yo hablo de más y se enteran, me corren. (...) El tema de la esquizofrenia es delicado porque así lo ha querido la sociedad, con su silencio lo hace ver como algo malo, pero la realidad es que quienes la viven, sufren más por la falta de entendimiento”, la mujer se levanta de su asiento para indicarme la salida.

Consideraciones finales

Eliminar un prejuicio no es sencillo. El estigma que rodea a la esquizofrenia, al igual que el origen de la propia enfermedad, es multifactorial: entorno a este existen factores sociales, culturales, históricos y religiosos, que se conjugan hasta formar una misma ideología. Como se pudo constatar en esta investigación, las mujeres que padecen esquizofrenia viven con limitaciones sociales, laborales y económicas; en ocasiones son estigmatizadas, rechazadas y sus derechos son vulnerados.

Este trabajo, muestra una problemática que afecta a uno de los sectores menos vistos por la población activa, porque de mujeres y hombres con esquizofrenia, de personas con discapacidades y de padecimientos mentales, casi no se habla. Por miedo al rechazo, a ser juzgados, a las críticas o burlas, las personas que viven con algún trastorno mental no piden ayuda y, de la misma forma, quienes conviven con alguien que lo padece no mencionan el tema en sus conversaciones cotidianas.

Hace falta hablar sobre la esquizofrenia, sin temor. Quitar poco a poco los prejuicios por medio de la información verdadera y sustentada, no únicamente repasando cifras, porque los números por sí mismos no siempre son la mejor manera de sensibilizar a una población. Es a través de la experiencia de los otros que una sociedad puede aprender de los sectores vulnerables.

Este reportaje, realizado para la Universidad Nacional Autónoma de México, contribuye en esta labor social y humana que pretende eliminar el estigma y el miedo a veces infundado que la esquizofrenia puede ocasionar en quienes no la conocen, pues se trata de una investigación profesional la cual refleja una situación que nos compete a todos, como universitarios, como mexicanos y como humanos: respetar y aceptar a los enfermos mentales, colaborar con ellos para que formen parte activa de nuestra sociedad.

Por supuesto que para eliminar un estigma se requiere más que exponer y contrastar la vida de mujeres que han sido vulneradas, abandonadas o, en

algunos casos, apoyadas por sus familias y la sociedad. Es necesario tomar medidas que permitan generar una sociedad informada que evite la discriminación. Con base en los datos recopilados y las entrevistas realizadas para este reportaje, emito una serie de recomendaciones que pueden resultar útiles para combatir el estigma de la esquizofrenia:

Educación: La base del prejuicio es la ignorancia. La falta de conocimiento desde edades tempranas se traduce en desvalorización y discriminación en la edad adulta. Los mexicanos cuentan con muy poca información sobre la esquizofrenia, menos aún es la cantidad de información veraz y útil. Es indispensable aportar información real que sirva para eliminar los mitos entorno a la enfermedad mental y el “miedo” hacia la misma.

Cultura de denuncia: Los derechos de las personas con discapacidades se ven vulnerados con frecuencia, la falta de una cultura de denuncia fomenta la discriminación y la impunidad de los actores responsables de la misma. No estamos acostumbrados a pedir justicia cuando se trata de sectores sociales vulnerados. Si bien se requiere la participación del gobierno federal y local para la creación de campañas de denuncia e informativas sobre la salud mental en nuestro país, como mexicanos, de manera individual, y como sociedad, requerimos trabajar al respecto.

La educación es uno de los primeros peldaños para conseguir cambios, por ello, como se destacó en el punto anterior, es indispensable educar a los menores con responsabilidad e información verdadera acerca de lo que significa vivir con una enfermedad mental. Acercar a la sociedad, desde temprana edad, a la cultura de denuncia, potencializa las posibilidades de erradicar los estigmas y revalorar la vida los enfermos mentales. Aprender a no callar la injusticia y, sobre todo, a no fomentarla con conductas destructivas.

Creación de políticas que involucren a los enfermos: En México hace falta regulación legal para velar por los derechos de los enfermos mentales y, en hospitales y clínicas, falta apoyo para atender a los pacientes. Se requiere tomar

medidas que contemplen las características reales de los afectados, que se basen en la experiencia de quienes padecen la enfermedad para dar seguimiento a los casos. Realizar campañas que fomenten las capacidades con las que cuenta una persona esquizofrénica, en las que se demuestre que pueden laborar y ser miembros de su familia de la misma manera que los demás integrantes. Así como fomentar la participación de los familiares y de las pacientes en el tratamiento diario.

Informar correctamente: Los medios de comunicación se caracterizan por transmitir información equivocada o poco veraz acerca de los padecimientos mentales, esto se traduce en un público y una sociedad desinformada, que confunde fácilmente la realidad con la fantasía respecto a la enfermedad mental. Es necesario presentar materiales adecuados, en los que se evite usar palabras que deterioren el concepto de la enfermedad mental o denigren la imagen de quienes la padecen. Eliminar las etiquetas causadas por palabras como *locura* para referirse a los enfermos.

Se debe garantizar que los enfermos mentales y la sociedad que los rodea, se mantengan informados con respecto a las alternativas que tienen para el tratamiento, uso adecuado de medicamentos, el origen de la enfermedad y los derechos de los que gozan.

¿La esquizofrenia es sinónimo de locura? Por fortuna no siempre y no para todos.

Fuentes de consulta

Bibliográficas

- American Psychiatric Association; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*; Washington DC, APA, 1994.
- Arístides, César; *La terrible cordura del idiota*; México, Penguin Random House, 2017.
- Castellá Sentiés, Héctor; *Psiquiatría para médicos no psiquiatras*; México, Editorial Médica Panamericana, 2011.
- Conrad, Klaus; *La esquizofrenia incipiente*; España, Triacastela, 1996.
- Comelles, Josep; *Salud mental, diversidad y cultura*; España, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2008.
- Cyrulnik, Boris; *Las almas heridas. Las huellas de la infancia, la necesidad del relato y los mecanismos de la memoria*; Barcelona, Gedisa Editorial, 2015.
- Damasio, Antonio; *Sentir lo que sucede*; Chile, Editorial Andrés Bello, 2000.
- Foucault, Michael; *Historia de la locura en la época clásica*; México, Fondo de Cultura Económica, 1998.
- Gaupp, Robert; *El caso Wagner*; España, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002.
- González Álvarez, Julio; *Lobotomías. La sórdida historia de una cura desesperada*; Barcelona, Laertes, 2013.
- Goodwin DW, SB Guze; *Psychiatric Diagnosis*; Nueva York, Oxford, University Press, 1996.
- Jerris, Giovanni; *Psiquiatría y sociedad*; España, Editorial Fundamentos, 1981.
- Leader, Darian; *¿Qué es la locura?*; México, Editorial Sexto Piso, 2013.
- Leuret, Francois; *El tratamiento moral de la locura*; España, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002.

- Lobo Satué, Antonio; *Manual de Psiquiatría general*; España, Editorial Medica Panamericana, 2013.
- Martínez Hernández, Ángel; *¿Has visto cómo llora un cerezo?*; Barcelona, 1998.
- Porter, Roy; *Breve historia de la locura*; México, TURNER, 2003.
- Porter, Roy; *Historia de la medicina*; México, Taurus, 2003.
- R. D. Laing et al; *Cordura, locura y familia*; México, Fondo de Cultura Económica, 1964.
- Read, John et al; *Modelos de la locura*; España, Herder, 2006.
- Restak, Richard; *Grandes cuestiones. Mente*; México, Paidós, 2013.
- Ropper, Allan y Martín, Samuels; *Adams y Víctor. Principios de neurología*; México, McGraw-Hill Interamericana Editores, 2011.
- Tapia, Ricardo; *Las células de la mente*; México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Valiente Ots, Carmen; *Alucinaciones y delirios*; España, Editorial Síntesis, 2002.

Hemerográficas

- Díaz Pérez, Eva, “Galería de locos geniales”, *El País*, martes 25 de julio de 2017, p. 23.
- Laeyva García, Eunice, “Acceso a la justicia penal de las personas con discapacidad mental”, *Dfensor* 11, 2014 p. 16-21.
- Lagunas Rodríguez, Zaid, “El uso ritual del cuerpo en el México prehispánico”, *Arqueología Mexicana* 65, p.42-47
- Salinas Anaya, María, “Igualdad para las personas con discapacidad a través de los ajustes razonables”, *Defensor* 11, 2014, p. 48-55.
- Torre Lagarde, Mercedes, “Desarrollo de estándares internacionales en materia de salud mental”, *Dfensor* 11, 2010, p.25-31.

Cibergráficas

- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, <http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/>, acceso: mayo 2018.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, http://www.cndh.org.mx/Cuales_son_Derechos_Humanos, acceso: agosto de 2018.
- Criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia, <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv5.html>, acceso: junio 2018.
- Esquizofrenia 24 x7, <https://www.esquizofrenia24x7.com/>, acceso: septiembre 2018.
- Hearing Voices Network, <https://www.hearing-voices.org/>, acceso: enero de 2019.
- Organización Mundial de la Salud, <https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>, acceso: agosto de 2018.
- Plan de Acción sobre Salud Mental, https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/, acceso: noviembre 2018.
- Plataforma digital Intervoice, <http://www.intervoiceonline.org/>, acceso: enero de 2019.
- Revista digital Asylum, <http://asylummagazine.org/>, acceso: septiembre 2018.
- Secretaría de Salud, <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-esquizofrenia>, acceso: septiembre de 2018.

Documentos

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo, 2012, <http://bit.ly/2RQ23KN>, PDF acceso: octubre 2018.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, <http://bit.ly/2Uo2uJj>, PDF, acceso: septiembre de 2018.
- Secretaría de Salud. Principios para Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, 1991, <http://bit.ly/2MAEvnw>, PDF, acceso: septiembre de 2018.

Tema

- López, Rocío; “¿Qué son los antipsicóticos?”; www.siquia.com, fecha de publicación: 18 de agosto de 2017, acceso: 4 de noviembre de 2017
- Organización Mundial de la Salud (OMS); “Esquizofrenia”; www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/, acceso: 4 de noviembre de 2017
- Real Academia Española; “Ambivalencia”; del.rae.es/?id=2Hua4gs, acceso: 03 de noviembre de 2017

Videográficas

- *1% Esquizofrenia. Documental*; España, Hernández Ione; 2006, Alicia Produce, Youtube, 72min.

Filmográficas

- *Abre los ojos*; Francia, Italia; Almenábar Alejandro; Eduardo Noriega, Penélope Cruz; 1997, Sogepaq, DVD, 117min.
- *La habitación de un hijo*; Italia; Moretti Nanni; Nanni Moretti, Laura Morante, Jasmine Trinca; 2001, Warner, DVD, 99min.
- *Nise: el corazón de la locura*; Brasil; Berliner Roberto; Glória Pires, Simone Mazzer, Julio Adriaio; 2015; 106min. *Piscosis*; Estados Unidos; Hitchcock, Alfred; Anthony Perkins, Janet Leigh, Vera Miles, 1960, 108 min.

Fichas iconográficas

Fotografías

- *Doctor Andrés Ríos Molina*, foto: Frida Sánchez, 28 de septiembre de 2019.
- *Informe médico realizado por el Dr. Vicente Alonso*, foto: Frida Sánchez, 2018, color.
- *Internos en un patio del Manicomio General La Castañeda*, foto: Archivo del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH).
- *Mauricio Rosel*, foto; Frida Sánchez, 31 de agosto de 2018.
- *Párroco Fernando*, foto: Frida Sánchez, 17 de agosto de 2018.
- *Rosa junto a su marido y dos de sus hijos*, foto: facilitada por testimonios, color.
- *Rosa y sus hijos Beatriz y Paco*, foto: facilitada por testimonios, color.

- *Señalamiento de tránsito*, foto: Frida Sánchez, 7 de noviembre de 2018.
- *Sala de espera de la Clínica de la esquizofrenia*, foto: Frida Sánchez, 13 de mayo de 2018.

Imágenes

- Eugen Bleuler, <http://bit.ly/2F2cljo>, acceso: 1 de enero de 2019.
- Ilustración de la teoría de los cuatro humores, <http://bit.ly/2z3GL0Z>, acceso: 1 de enero de 2019.
- Ilustración tomada de la versión digital de *La nave de los locos* de Sebastian Brant, captura de pantalla tomada de: <http://bit.ly/2JecrGY>, acceso: 28 de mayo de 2018.
- Imagen de una trepanación, <http://bit.ly/2Pw5bqw>, acceso: 1 de enero de 2019.
- Hospital Bedlam, <http://bit.ly/2Vkkx4p>, acceso: 1 de enero de 2019.
- Largactil, <http://bit.ly/2wjA7S3>, acceso: 1 de enero de 2019.
- Lobotomía, <http://bit.ly/2Pt7dYe>, acceso: 1 de enero de 2019.
- Portada de *La nave de los Locos* de Sebastian Brant, captura de pantalla tomada de: <http://bit.ly/2D1wg0N>, acceso: 31 de octubre de 2018.
- Terapia de electrochoque, <https://bit.ly/2RRP3jr>, acceso: 1 de enero de 2019.
- Tuit de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, captura de pantalla tomada de: <http://bit.ly/2R1eQd9>, acceso: 22 de octubre de 2018.

Pinturas

- De Goya, Francisco, *Vuelo de brujas*, pintura al óleo y lienzo, 43.5 x 30.5, Museo del Prado, España.
- Delacroix, Eugene, *Medea furiosa*, óleo sobre lienzo, 260x165, Palais des Beaux-Arts de Lille.
- El Bosco, *La nave de los locos*, óleo sobre tabla, 58x33, Museo del Louvre de París.
- El Bosco, *Extracción de la piedra de la locura*, óleo sobre tabla, 48x35, Museo del Prado, Madrid.
- Géricault, Théodore, *La loca*. 1822, óleo sobre lienzo, 72x58, Musée des Beaux Arts. Lyon.
- Roberti, Ercole, *Los argonautas abandonan la Cólquida*, 1480, <http://bit.ly/2D4QInc>, acceso: 3 de noviembre de 2018.

- Suruge, Louis, *la locura disfrazada de una mujer joven*, <http://bit.ly/2vBWpin>, acceso: 10 de agosto de 2018.

Fuentes vivas

Personajes públicos

- Andrés Ríos Molina, Doctor en historia y catedrático de la UNAM, especialista en salud mental, entrevista personal, 28 de septiembre de 2018.
- Dunia Pintado, tallerista y conferencista de Voz Pro Salud Mental, entrevista telefónica, 7 de agosto de 2018.
- Dunia Pintado, tallerista y conferencista de Voz Pro Salud Mental, entrevista personal, 18 de septiembre de 2018.
- Mauricio Rosel, director de la Clínica de la esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, entrevista personal, 13 de mayo de 2018.
- Mauricio Rosel, director de la Clínica de la esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, entrevista personal, 30 de agosto de 2018.
- Mauricio Rosel, director de la Clínica de la esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, entrevista personal, 31 de agosto de 2018.
- Padre Fernando de la Parroquia Nuestra Señora de Guadalupe, entrevista personal, 17 de agosto de 2018.
- Susana Medina, psiquiatra de la Clínica de la esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, entrevista personal, 13 de mayo de 2018.

Personajes comunes

- Adriana Rocío Mendoza, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 21 de mayo de 2018.
- Adriana Rocío Mendoza, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 28 de mayo de 2018.
- Ana Julia, psicóloga de PROTARTE en la Escuela de Arte “Nahui Olin”, entrevista personal, 25 de mayo de 2018.
- Ana Julia, psicóloga de PROTARTE en la Escuela de Arte “Nahui Olin”, entrevista personal, 03 de mayo de 2018.

- Beatriz Calderón, familiar de Rosa Calderón, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 5 de marzo de 2018.
- Beatriz Calderón, familiar de Rosa Calderón, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 17 de junio de 2018.
- Beatriz Calderón, familiar de Rosa Calderón, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 16 de julio de 2018.
- Germán, padre de dos hijos diagnosticados con esquizofrenia, entrevista personal, 18 de septiembre de 2018.
- Jorge Calderón, familiar de Rosa Calderón, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 17 de noviembre de 2017.
- Jorge Calderón, familiar de Rosa Calderón, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 15 de julio de 2018.
- Jorge Calderón, familiar de Rosa Calderón, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 13 de septiembre de 2018.
- Julieta Mendoza, familiar de la paciente esquizofrénica Rocío Mendoza
- Marcela, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 15 de mayo de 2018.
- Marcela, paciente diagnosticada con esquizofrenia, entrevista personal, 25 de mayo de 2018.



Anexo I

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Aragón



La estigmatización de la esquizofrenia en México

La presente encuesta tiene como objetivo recaudar la opinión de 200 ciudadanos acerca del tema de la estigmatización de la esquizofrenia en México. Tu opinión es muy valiosa.

Instrucciones: En cada pregunta subraya la respuesta que más se acerque a tu opinión.

Sexo: F M Edad: _____

1) ¿Sabes qué es la esquizofrenia?

Sí, tengo nociones sobre lo que es. (Descríbela con tus palabras)

Poco, he escuchado/leído sobre el tema.

No conozco nada al respecto.

2) ¿Tienes algún familiar, amigo o conocido que padezca esquizofrenia?

Sí. ¿Qué parentesco tienen? ¿Le brindas algún tipo de apoyo?

No.

3) En caso de que tu respuesta anterior haya sido negativa. ¿Convivirías abiertamente con una persona esquizofrénica?

Sí, sin duda.

Sí, aunque con reservas.

No, ni siquiera me acercaría.

4) ¿Consideras que una persona esquizofrénica puede tener una vida totalmente normal?

Sí

No

5) ¿Tienes conocimiento sobre cómo tratar a un esquizofrénico durante una crisis?

Sí, considero que tengo las herramientas suficientes para brindarle mi apoyo.

Desconozco completamente.

Tengo conocimientos limitados al respecto.

6) ¿Ofreecerías apoyo a un esquizofrénico durante una crisis?

Sí.

Posiblemente. Depende de la situación.

No.

7) ¿Consideras que existe suficiente información en México acerca de los padecimientos mentales, especialmente de esquizofrenia?

Sí

No

8) ¿Consideras que en la sociedad mexicana existe una cultura de tolerancia, prevención y apoyo hacia los enfermos mentales, especialmente, de los quienes padecen esquizofrenia?

Sí

No

9) ¿Qué impresión te dejan los medios de comunicación acerca de la esquizofrenia? ¿Consideras sus aportaciones útiles para el mejor conocimiento de este tema?

10) ¿Conoces alguna ley que apoye el bienestar de los esquizofrénicos?

Sí, ¿cuál? _____

No, ninguna.

**La encuesta ha finalizado
¡Gracias por tus respuestas!**

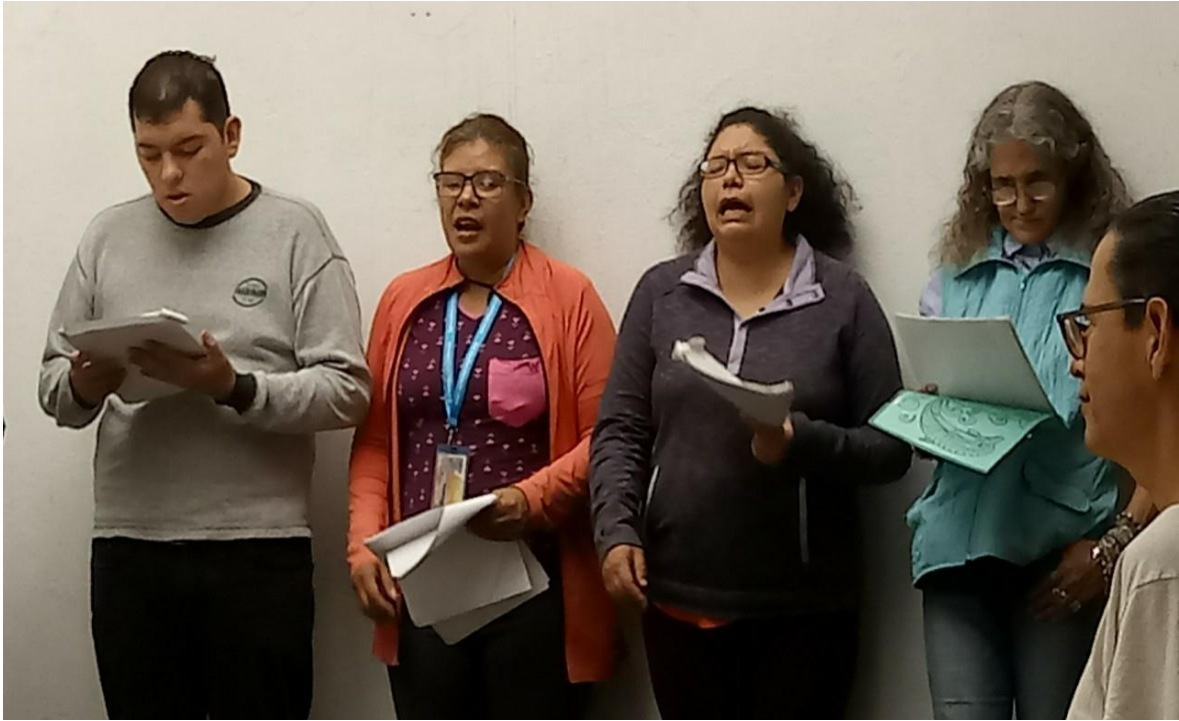
Anexo II



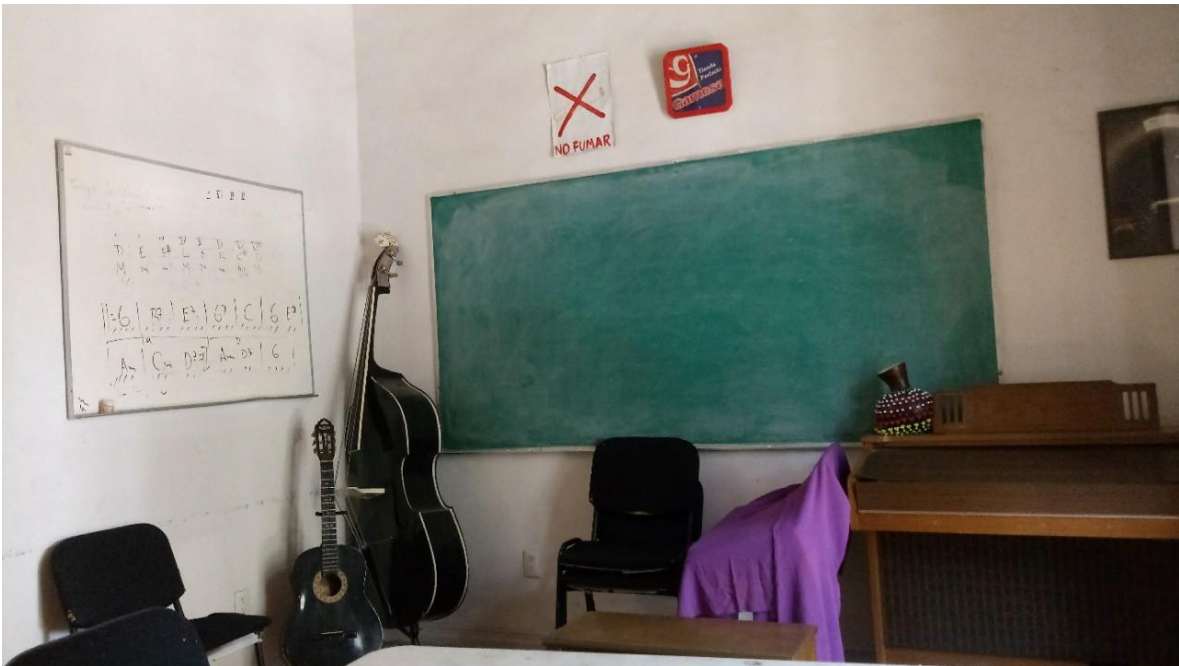
El muro de las ideas. Integrantes de Protarte exponen consejos para cuidar su salud mental. Fotografía tomada de la cuenta de Facebook de la asociación.

Integrantes de Protarte ensayan una obra teatral en el patio de la escuela de arte Nahui Ollin:





Marcela y Rocío ensayan obra teatral.



Salón de música de la escuela de arte Nahui Ollin.

Integrantes de Protarte toman clase de pintura y dibujo.



Pinturas, dibujos y artesanías realizados por integrantes de Protarte.





