



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**“EXPERIENCIA Y PSICOSIS: INDAGACIONES SOBRE
ESQUIZOFRENIA Y SU MEDICALIZACIÓN”**

TRABAJO TERMINAL QUE PARA OBTENER EL
GRADO DE LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN

LINARES DELGADILLO KARLA ANDREA
RIVERA BECERRIL ANA PAULA
VARGAS ÁLVAREZ BRYAN FERNANDO
CÓRDOVA VÁZQUEZ CRISTIAN ADÁN

ASESORA
ALCÁNTARA ZAVALA EVA

LECTORA
SALAZAR VILLAVA CLAUDIA MÓNICA

CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE, 2024

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Maria del Rocio Delgadillo Hernández e Ismael Linares Espejel, por su amor, su orientación y su apoyo incondicional, les agradezco por estar presentes en el recorrido de cada uno de los pasos para lograr mis metas.

A mi hermano David Linares Delgadillo, porque a su manera es y siempre será mi guía en el camino, gracias por impulsarme a mejorar día a día.

A mi novio Héctor Tristán Ontiveros Durán, por ser mi motivación, por siempre creer en mí y por su constante apoyo, agradezco el afecto que siempre me brinda y los actos de amor que están presentes en cada momento.

A todos ellos dedico este trabajo terminal, porque han fomentado en mí el deseo de superación personal y profesional, contribuyendo así a este logro.

- Linares Delgadillo Karla Andrea

DEDICATORIA

A mis padres, Alma Rosa Becerril y Guillermo Rivera, por confiar en mí, por enseñarme que nada es imposible cuando te esfuerzas, y que a pesar de las dificultades siempre habrá una luz al final del túnel, a mi hermano Santiago Rivera, por todos sus consejos y las noches en vela que pasó junto a mí, y a mi novio Mario Lara, porque tu amor y comprensión me impulsaron a poder culminar con esta meta. También le dedico esta investigación a mi abuelita Esperanza Campos, que aunque no logró verme concluir mis estudios de licenciatura, sé que desde el cielo me seguirá acompañando. Este logro también es suyo, con todo mi amor y admiración ¡GRACIAS!

- Rivera Becerril Ana Paula

Índice

Introducción	3
1. Construcción del planteamiento del problema	5
1.1. Pregunta de investigación	7
1.2. Objetivos generales.....	7
1.3. Justificación	8
2. Estrategia de aproximación al campo de la esquizofrenia	10
2.1. Método cualitativo.....	10
2.2. Entrevista semiestructurada.....	11
2.3. Participantes en el estudio	12
2.4. Estrategias de análisis.....	17
3. Discurso neurobiológico.....	19
4. Antipsiquiatría y reformas psiquiátricas	22
5. Esquizofrenia y Psicoanálisis.....	25
6. Un recorrido histórico: Instituciones psiquiátricas en México	28
7. Atención de la esquizofrenia en México	30
7.1. Voces de los psiquiatras y/o psicólogos	36
7.2. Redes de apoyo.....	41
7.3. Psicoeducación	45
8. Presentación de la esquizofrenia y el encuentro con la institución.....	49
8.1. Cuando la esquizofrenia detona.....	49
8.2. ¿Cómo vivieron los primeros síntomas los pacientes?.....	49
8.3. ¿Cómo vivieron los primeros síntomas los familiares de los sujetos diagnosticados con esquizofrenia?.....	51
8.4. Momento del diagnóstico y antecedentes de tratamiento.....	53
8.5. Experiencias con los especialistas	56
8.6. Tratamientos que se ofrecen en el hospital psiquiátrico.....	59
8.7. Internamiento.....	60
9. Experiencia subjetiva de vivir con esquizofrenia	63
9.1. Pacientes	63
9.2. Familiares	65

9.3. Extrañeza y estigma.....	66
10. Reflexiones finales	73
11. Bibliografía	76
12 Anexos	83
12.1 Carta consentimiento	83
12.1.1 Paciente.....	83
12.1.2 Familiar.....	86
12.1.3 Psiquiatra – Psicóloga.....	89
12.2 Guía de preguntas	92
12.2.1 Paciente.....	92
12.2.2 Familiar.....	93
12.2.3 Psiquiatra - Psicóloga	94

Introducción

El propósito de la presente investigación es conocer cómo la experiencia medicalizada trastoca la subjetividad en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Nos interesa entender qué significa vivir con esquizofrenia, no solo para el paciente, sino para su entorno familiar y social más próximo. Nos basamos en entrevistas realizadas a personas diagnosticadas con la enfermedad, sumando los relatos de sus familiares y profesionales en el área de la salud, como psiquiatras y/o psicólogos con la finalidad de conocer qué noción tienen ellos y ellas respecto a la propia enfermedad, basada en sus experiencias y acercamientos con la misma.

Para ello, abordaremos diversos temas, entre los que se encuentran: la medicalización de la esquizofrenia, la institución psiquiátrica, el movimiento antipsiquiatría y reformas psiquiátricas y el contexto socio cultural en México en torno a la psiquiatría actual. Lo mencionado anteriormente a través de un breve recorrido histórico de la atención a la esquizofrenia en las instituciones psiquiátricas, llegando hasta el modelo de atención actual en México, esto con el propósito de situar al lector respecto al tema en una perspectiva contemporánea.

Durante la investigación se llevaron a cabo un total de doce entrevistas semiestructuradas, en dónde participaron: cuatro personas diagnosticadas con esquizofrenia, dos familiares y cuatro profesionales en el área de la salud mental (dos psiquiatras y dos psicólogas), dichas entrevistas fueron realizadas de manera presencial en el periodo comprendido del 19 de abril al 19 de julio del presente año y fueron nuestro fundamento para plantear los tres ejes de análisis del presente escrito, los cuales son: 1. Atención de la esquizofrenia en México; 2. Presentación de la esquizofrenia y el encuentro con la institución y 3. Experiencia subjetiva de vivir con esquizofrenia.

En el escrito conoceremos, desde las entrevistas previamente mencionados, aspectos de la vida diaria, logros, dificultades, alcances, limitaciones, etc. dentro del contexto de la esquizofrenia; así como las redes de apoyo y los programas que funcionan como ayuda para llevar a cabo una mejor calidad de vida ante la enfermedad de la esquizofrenia, del mismo

modo, pretendemos alcanzar a percibir procesos estigmatizadores y discriminatorios hacia los sujetos diagnosticados y cómo enfrenta tanto el paciente como la familia dichas situaciones. Por último, buscamos diferenciar qué factores son determinantes para un buen pronóstico en el tratamiento de la enfermedad.

1. Construcción del planteamiento del problema

Desde un inicio la investigación estuvo enfocada en el tema de la esquizofrenia, tomando en cuenta diferentes enfoques, es decir, se tenía pensado realizar una historia de vida de un sujeto con esquizofrenia o abordar el tema de la prevención y detección de la misma, lo que nos dio pauta a plantearnos preguntas de investigación, tales como; ¿cuál es el proceso de rehabilitación psicosocial por el cual transitan las personas diagnosticadas con esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”?, y, ¿cuáles son las prácticas con las que se rigen las instituciones psiquiátricas para funcionar como un dispositivo de control social para los pacientes diagnosticados con esquizofrenia?, suscitando así, giros inesperados en el proceso de la construcción del tema, así como de los objetivos de la misma.

Uno de las mayores modificaciones que se hicieron en el transcurso de la investigación fue en el aspecto del equipo, ya que en el proceso de la misma, al equipo se incorporó un nuevo integrante, si bien, el tema de la esquizofrenia ya se venía abordando desde los primeros acercamientos a la investigación, consideramos de igual manera los intereses de dicho integrante, por suerte para todos, tiempo atrás venía trabajando el mismo tema, aunque desde una perspectiva diferente, de esa manera logramos coincidir en el tema de interés de las y los integrantes que conforman el equipo.

Por lo que, al final de todo el recorrido realizado por definir el aspecto de nuestro interés respecto al tema de la esquizofrenia, con ayuda de autores como; Zenia Yébenes en su escrito *Contar historias: experiencia subjetiva y psicosis* (2016), Adriana Murguía, et. al., en su trabajo *Consideraciones epistemológicas en torno a la medicalización en América Latina: balances y propuestas* (2016), así como Néstor Braunstein en su texto *El objeto de la psicología* (1982); ya que, en las páginas de sus escritos encontramos interés por los temas abordados, de esta manera, nos replantearnos nuevamente cuál sería el abordaje sobre el cuál queríamos indagar. Así que, como equipo decidimos inclinarnos hacia conocer la experiencia medicalizada de personas diagnosticadas con esquizofrenia, desde tres perspectivas diferentes; la experiencia del propio sujeto que vive con esta enfermedad, la experiencia por

la que transcurren sus familiares y desde el panorama de los especialistas en el área de la salud mental, estos últimos con el propósito de observar las prácticas que ejerce la institución psiquiátrica como forma de control social dentro de la propia experiencia medicalizada de tener esquizofrenia.

Por consiguiente, no podemos pasar por alto y hacer mención a qué nos referimos con la palabra medicalización. De acuerdo con Adriana Murguía, en su escrito *Introducción. Riesgo y medicalización, un breve recorrido* (2021) dicho término nació en los años setenta como una herramienta crítica hacia la medicina biologicista¹ occidental y se afianzó en el siglo XX con el desarrollo de diversos tratamientos terapéuticos y farmacológicos. La medicalización formó parte de un proceso socio - histórico que estableció una denuncia al poder normalizador de la medicina, presentando al discurso médico como dispositivo de control sobre los sujetos, según Michel Foucault (1977) para “[...] la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica [...]” (Foucault, 1977: 5).

Por otro lado, tal y como lo menciona Adriana Murguía, et. al., (2016) por medicalización se entiende al proceso de “[...] “hacer a algo médico”, es decir, el acto de incorporar al campo de lo médico un fenómeno que anteriormente pertenecía a cualquier otro ámbito de definición y práctica.” (Conrad, 2013 & Maturo, 2012 en Murguía, et. al., 2016: 102). Del mismo modo, Jonathan Sholl en su texto *The Muddle of Medicalization: Pathologizing or Medicalizing?* (2017) menciona que:

[...] medicalización se puede concebir como los diversos tipos de respuesta, intervención o tratamiento médico, que se justifican por su relación con preocupaciones en torno a la salud. [...] la medicalización abarca las formas en que el conocimiento y las técnicas médicas promueven comportamientos saludables o producen respuestas terapéuticas a lo que se considera patogénico, patológico o indeseable en el cuerpo individual o social. (Sholl, 2017: 269)

¹ Según Magda Pinilla et. al. (2023) la medicina biologicista es la “[...] forma como se perciben y atienden los problemas de salud, en la que se da más peso a lo biológico, y se descuida lo psicológico, genético, social, cultural y ambiental.” (Pinilla et. al., 2023)

Ahora bien, tomando en cuenta lo anterior, la medicalización de la esquizofrenia hace referencia al proceso mediante el cual dicha enfermedad mental pasa a entenderse y tratarse como una enfermedad médica, y no como un problema social, tal y como lo menciona Adriana Murguía, et. al. (2016) la “[...] medicalización se entendió [...] como sinónimo de un proceso en el que fenómenos antes definidos como problemas de la vida [...] pasaron a ser comprendidos como enfermedades mentales con el fin clasificar y actuar sobre los individuos.” (Murguía, et. al., 2016: 102).

De esta manera, nuestro enfoque se centra en la experiencia subjetiva de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tomando en cuenta las implicaciones de la medicalización que influyen en el proceso de la misma, por supuesto desde los tres enfoques que anteriormente se mencionaron. Como resultado de lo anterior, a continuación se presenta la pregunta de investigación, así como los objetivos generales que finalmente se establecieron para el tema antes planteado.

1.1. Pregunta de investigación

¿Cómo ocurre la experiencia medicalizada de personas diagnosticadas con trastorno de esquizofrenia; desde su propia mirada y la de sus familiares?

1.2. Objetivos generales

- Entender qué prácticas implementa la institución psiquiátrica como forma de control social dentro de la experiencia medicalizada, a través del discurso de los sujetos participantes en la investigación.
- Conocer cómo es la experiencia subjetiva en la relación diagnosticado - familiar en torno a la esquizofrenia y su implicación con instituciones que atienden la salud mental.

1.3. Justificación

Queremos conocer cómo es que una persona diagnosticada con esquizofrenia se desenvuelve dentro de la sociedad, desde la propia opinión que tienen acerca de su vivencia respecto a las particularidades y generalidades que engloba la enfermedad, es decir, la experiencia medicalizada por la que transcurre el sujeto; no solo desde su perspectiva, sino también desde otros panoramas como los familiares y especialistas en el área. Es relevante investigarla salud mental y para fines de esta investigación; específicamente el tema de la esquizofrenia, que se presenta hoy en día como una problemática de interés social. Es necesario entender las limitaciones con las que se pueden enfrentar las personas que viven con una enfermedad psiquiátrica, como puede ser la falta de medicamentos y/o recursos económicos y la falta de infraestructura y especialistas en el área de la salud mental. Pensamos que la esquizofrenia requiere atención en todos los aspectos implicados, principalmente en el ámbito psico-social, es por ello que creemos conveniente hacer visibles los procesos por los cuales transitan las personas con esta condición. Aunado a lo anterior, respaldamos la relevancia de la investigación con información recabada por organismos gubernamentales y escritos académicos, en donde se mencionan datos a nivel mundial y nacional en referencia a las personas que padecen esquizofrenia, esto para tener una noción comparativa al respecto.

Según la Organización Mundial de la Salud (2022) la esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas, con un porcentaje del 0.32%, mientras que en el caso de los adultos la tasa es de 1 de cada 222 personas, con un porcentaje de 0.45%. (OMS, 2022) Por otro lado, la Secretaría de Salud del Gobierno de México (1996) menciona que la prevalencia de la esquizofrenia en nuestro país es de 0.7%, por lo que en 1996 había medio millón de personas que tienen dicha enfermedad, tomando en cuenta que esta cifra no incluye a sujetos que están en riesgo de presentarla. (Gobierno de México, 1996)

Así mismo, de acuerdo con Raúl Escamilla et. al. (2021), psiquiatras expertos en el campo de la esquizofrenia estiman por medio de la Secretaría de Salud que actualmente la enfermedad afecta a más de un millón de personas en México. (Escamilla et. al., 2021) Si

hacemos una comparativa de 1996 a 2021, significa que en 25 años las cifras aumentaron al doble, por lo tanto, hablamos de un crecimiento exponencial que pone en riesgo el tejido social en materia de salud mental.

Nuestra intención con esta investigación es lograr despertar el interés de nuestro lector/a respecto al tema de la esquizofrenia, por lo que, es importante explorar los aspectos que engloban la misma, porque va más allá de los discursos que nos brindaron nuestros entrevistados. Observamos que existe una gran cantidad de personas con esta enfermedad, de esta manera y para fines de la investigación, buscamos centrarnos en explorar el panorama que tienen los pacientes acerca de la experiencia medicalizada que han afrontado, sin dejar de lado las implicaciones de quienes los rodean, es decir; sus familiares, las cuales nos podrían llegar a brindar sus relatos. Esto con el propósito de realizar un contraste en el contenido del discurso entre los pacientes y/o familiares y los profesionales en el área de la salud mental.

2. Estrategia de aproximación al campo de la esquizofrenia

Para la realización de esta investigación decidimos implementar un método de corte cualitativo, tal como análisis del discurso y entrevistas semiestructuradas. El análisis del discurso se llevó a cabo a partir de la información extraída de doce entrevistas llevadas a cabo de manera presencial a tres distintos grupos de población: cuatro pacientes, dos psicólogas, dos psiquiatras y dos familiares.

El análisis de las transcripciones se desarrollará a partir de los relatos, descripciones, y experiencias extraídas de los entrevistados, siendo complementadas con referentes teóricos que creemos pertinentes en cada caso. De esta manera, decidimos emplear el método cualitativo para este trabajo, ya que, es el óptimo para nuestra investigación debido a la naturaleza de la misma, es decir, el trabajar con discursos, descripciones y experiencias de los sujetos participantes.

2.1. Método cualitativo

Creemos que el método cualitativo es pertinente para la presente investigación, ya que nuestro trabajo de campo solo puede ser comprendido en su totalidad, mediante un enfoque que priorice las cualidades sobre las cantidades. Según Taylor y Bogdan en su escrito *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (1984) el método cualitativo es “[...] la investigación que produce datos descriptivos en las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.” (Taylor y Bogdan, 1984: 20).

Complementando esta definición, Hernández (2014) menciona que:

“El método cualitativo se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y éste es flexible, se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal y como la observan actores de un sistema social previamente definido.” (Hernández., et. al. 2014: 9)

Consideramos que el método cualitativo es el apropiado, ya que, los resultados obtenidos durante nuestra aproximación al campo no se pueden cuantificar, debido a que no vemos a nuestros sujetos de estudio como datos estadísticos, sino como una persona atravesada por su subjetividad, mediante la cual podemos interpretar diversos procesos psicosociales.

2.2. Entrevista semiestructurada

Utilizamos el método de la entrevista semiestructurada, así que, nos dispusimos a realizar una guía de preguntas abiertas dirigidas hacia nuestro tema de interés, para posibilitar el diálogo con el “otro”, tal y como lo menciona Laura Díaz, et. al., en su escrito *La entrevista, recurso flexible y dinámico* (2013), la entrevista semiestructurada se puede “[...] definir como una "conversación amistosa" entre informante y entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no impone ni interpretaciones ni respuestas” (Díaz, 2013: 163).

Las guías que realizamos nos ayudaron a hacer un seguimiento de los temas que queríamos abordar al momento de realizar la entrevista, sin dejar de lado que en el transcurso de la misma podrían suscitarse otras interrogantes que nos ayudarían, por una parte, en el caso de pacientes y familiares, a comprender más a cerca de la experiencia subjetiva en relación con la esquizofrenia y por otro lado, en el caso de los especialistas en el área de la salud mental, nos ayudarían a conocer más acerca de las prácticas que ejerce la institución psiquiátrica como forma de control social dentro de la experiencia medicalizada de tener esquizofrenia, dichas guías se muestran en el apartado *Anexos* de esta investigación. A continuación se presentan los temas abordados en el caso de cada grupo de nuestros entrevistados:

Temas abordados con pacientes y familiares

- Presentación de los síntomas por primera vez
- Experiencias con la institución psiquiátrica
- Tratamiento
- Encierro - internamiento

- Experiencias con los especialistas
- Dinámica familiar
- Recursos disponibles (factor económico)
- Implicaciones sociales

Temas abordados con especialistas

- Atención a la esquizofrenia (tratamiento)
- Implicaciones sociales (estigma, discriminación, factor socioeconómico, etc)
- Intervención familiar
- Sistema institucional de salud

2.3. Participantes en el estudio

Para fines de la investigación y como ya se mencionó anteriormente, se realizaron entrevistas a tres grupos de participantes. En el primer grupo tomamos en cuenta a los sujetos mismos diagnosticados con esquizofrenia; en segunda instancia consideramos a los familiares de dichos sujetos y, en un tercer lugar, a los especialistas en el área de la salud mental, es decir, psiquiatras y/o psicólogos. Cada grupo tenía como propósito expresar su experiencia con la esquizofrenia, desde su propio panorama y perspectiva, con el fin de tener un contraste respecto del tema en el discurso que nos proporcionaría cada uno de nuestros entrevistados.

Así, consideramos pertinente explicar cómo fue nuestro acercamiento a los sujetos, en donde, por un lado, tenemos la participación de los pacientes, a quienes pudimos contactar gracias a la ayuda de una doctora, quien labora en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”², lugar al cual nos acercamos precisamente con la intención de lograr entrevistar a quienes presentaran un diagnóstico de esquizofrenia, de esta manera. La doctora fue de gran ayuda, ya que nos proporcionó el contacto de varios pacientes a los que podríamos citar para realizar una entrevista, sin embargo, al intentar establecer comunicación con ellos

² Es importante mencionar que, más adelante, en algunas ocasiones para referirnos al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” utilizaremos su acrónimo el cual es INPRFM.

obtuvimos en algunos casos una respuesta de omisión a nuestro mensaje y/o llamada, por lo que, solo tres de los pacientes -que nos ayudó a contactar la doctora- respondieron accesiblemente a formar parte de nuestras entrevistados, lo anterior nos llevó a realizar una búsqueda en donde encontraríamos la ocasión de entrevistar a más personas con el diagnóstico de esquizofrenia, de este modo, averiguamos entre nuestros conocidos y llegamos con la oportunidad de entrevistar también a un usuario de una institución de gobierno llamada CAIS³, la cual está establecida en Cuemanco, Ciudad de México. De este modo conseguimos entrevistar a los cuatro pacientes con esquizofrenia que forman parte de esta investigación.

Por otro lado, era nuestro interés entrevistar a personas que tuvieran un familiar con el diagnóstico de esquizofrenia, para así, observar la experiencia subjetiva por la que transcurren ante la enfermedad, por lo que, la primera de nuestras opciones sería la siguiente: una vez que contactáramos a los pacientes les preguntaríamos la opción de poder entrevistar también a sus familiares, sin embargo no obtuvimos una respuesta satisfactoria, por lo que, en la misma búsqueda entre nuestros conocidos de personas con esquizofrenia, nos encontramos con que un familiar de uno de los integrantes del equipo de investigación presentaba este diagnóstico. Así pues, nos contactamos con los familiares cercanos del paciente, ya que este se encontraba internado en una institución, cabe mencionar que dicho paciente no fue nuestro quinto entrevistado ya que no accedió al momento para que se estableciera una hora y fecha para la entrevista, por lo tanto, solo contamos con la participación de uno de sus parientes cercanos, justamente en el grupo de entrevistas a personas que tienen un familiar con esquizofrenia. Ahora bien, el segundo participante en este rubro fue una de las psicólogas que también entrevistamos en el grupo de los especialistas en el área de la salud mental, esto se llevó a cabo al momento de enterarnos que siendo una profesional que atiende a pacientes con esquizofrenia también tiene presente en su vida cotidiana a un familiar con dicho diagnóstico, aunque. Cabe señalar que no tuvimos la oportunidad de entrevistar a su familiar que presenta esquizofrenia, si no solo a ella,

³ Vale la pena indicar a qué nos referimos cuando hacemos mención del CAIS, sus siglas se refieren a Centro de Asistencia e Integración Social y según menciona Tercero Díaz en su artículo *La locura es lo de menos* (2020) los CAIS “[...] surgen en la Ciudad de México [...] con la intención de romper los viejos patrones y malas prácticas de los anteriormente llamados manicomios y hospitales psiquiátricos, donde prevalecía el encierro total y la alta medicación como forma de “ayudar” a los usuarios.” (Díaz, 2020).

conformando parte del grupo de participantes familiares. Así fue como logramos en esta investigación establecer los dos participantes para dicho grupo.

Por último, pero no menos importante, debemos mencionar que nos pareció relevante entrevistar a los profesionales en el área de la salud mental para conocer las prácticas que ejerce la institución psiquiátrica como forma de control social dentro de la experiencia medicalizada de tener esquizofrenia. Buscamos la oportunidad de contactarnos y establecer entrevistas con los especialistas en el área de la salud mental y lo logramos gracias a la doctora que fue mencionada con anterioridad, quién nos proporcionó los datos de cuatro especialistas; dos psicólogas y dos psiquiatras, todos ellos referentes del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” con quienes nos pusimos de acuerdo en fecha, lugar y hora para realizar las entrevistas.

De esta manera, al finalizar el trabajo de campo, logramos tener diez participantes, englobando los tres grupos antes mencionados. A todos se les dio a firmar un documento llamado Carta de consentimiento, con el propósito de darles a conocer puntos importantes acerca de la propia investigación. Entre los aspectos que se mencionan se encuentran los siguientes: la entrevista sería grabada en audio (en caso de que accedieran a ello), los datos e información que nos proporcionaron antes y después de las entrevistas serían utilizados solo con un enfoque académico, existía la oportunidad de dejar de participar en la investigación como sujetos entrevistados en cualquier momento de esta, si así lo decidían también les proporcionamos datos de contacto de los cuatro responsables de la investigación, en caso de que quisieran comunicarse con alguno de nosotros para aclarar dudas al respecto de la misma. Las cartas firmadas tuvieron que ser omitidas en este escrito por razones de privacidad, ya que los documentos contienen nombre completo y firma de los participantes, sin embargo, para fines de ejemplificación, las cartas de consentimiento sin información de ningún entrevistado se muestran en el apartado *Anexos* de este escrito.

Ahora bien, a continuación se presentan las tablas de los participantes y en ellas información que nos será útil para los ejes analíticos que en el siguiente apartado se presentan:

Familiares								
	Edad	Sexo	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Lugar de residencia	¿Vive con el paciente?	No. de entrevistas
Familiar 1	28	H	Hermano*	Licenciatura	Funcionario público	Nezahualcóyotl, Edo., Méx	No	1
Familiar 2	30	M	Hija*	Maestría en Psicología	Psicóloga clínica	s/d	No	1

Pacientes							
	Edad	Edad del diagnóstico	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Lugar de residencia
Paciente 1	45	20	H	Soltero	Bachillerato	Difusión y participación en la organización Voz Pro Salud Mental	CDMX
Paciente 2	48	20-21	H	Soltero	Bachillerato	Realiza pequeños trabajos dentro del CAIS Cuemanco (recibiendo remuneración, pero sin un sueldo específico)	CDMX
Paciente 3	43	22-23	H	Soltero	Bachillerato	s/d	CDMX
Paciente 4	55	15	H	Soltero	s/d	Pensionado programa Bienestar	CDMX

*s/d: Sin datos

H: Hombre

M: Mujer

Pacientes

	Institución en la que se trata actualmente	¿Recibe apoyo psicológico en otra institución?	¿Cuenta con el apoyo de sus familiares?	Vive con...	¿Toma algún medicamento?	No. de entrevistas
Paciente 1	INPRFM	No	Sí	Sus padres	Sí	2
Paciente 2	CAIS Cuemanco	INPRFM	No	Vive en una institución de gobierno, por lo que no vive con ningún familiar	Sí	2
Paciente 3	INPRFM	No	Sí	Sus padres	Sí	1
Paciente 4	INPRFM	No	Sí	Dos hermanos	Sí	1

Especialistas

	Edad	Sexo	Escolaridad	Institución en la que labora	Área en la que están adscritos	No. de entrevistas
Psicóloga 1	s/d	M	Doctora en psicología	INPRFM	Servicio de Rehabilitación	1
Psicóloga 2	30	M	Maestría en psicología	INPRFM	Psicología clínica	1
Psiquiatra 1	34	H	Posgrado	INPRFM	Clínica de esquizofrenia	1
Psiquiatra 2	42	H	Doctorado	INPRFM	Funcionamiento cognitivo en esquizofrenia	1

2.4. Estrategias de análisis

Antes de realizar las entrevistas tomamos en cuenta que posiblemente el discurso de los participantes nos brindaría información en gran proporción, por lo que como equipo consideramos que la mejor opción sería apoyarnos en un aparato electrónico para poder grabar en audio las sesiones de entrevista en caso de que los participantes accedieron a ello (como anteriormente se mencionó), para posteriormente transcribirlas, con la finalidad de que la información fuera recabada de una manera más completa y de no omitir partes importantes de la misma.

Así pues, al momento de explorar los posibles ejes de análisis basados en el discurso de los participantes, nos fue de mucha utilidad el tener todas y cada una de las entrevistas ya transcritas, en las cuales realizamos un recorrido observando cuáles eran los aspectos más recurrentes en las mismas, así como las implicaciones que se englobaban. Con ayuda de mapas conceptuales que realizamos entre los cuatro integrantes responsables de esta investigación, escribimos palabras y aspectos relevantes mencionados en cada una de las entrevistas, entrelazando así componentes que nos parecieron importantes, para, de esta manera, visualizar el contraste que se presentaba en los relatos de la experiencia subjetiva de pacientes con esquizofrenia y familiares de estos, y encontrar diferencias con el discurso medicalizado de dicho diagnóstico que los profesionales en el área de la salud mental nos proporcionarían.

Con base en la exploración de los aspectos y elementos importantes que se mencionaron en las entrevistas, a continuación, se presentan los títulos de los tres capítulos que consideramos con respecto a los discursos que nos proporcionaron nuestros entrevistados y que más adelante se desarrollarán de manera amplia.

- Institución psiquiátrica en México y atención de la esquizofrenia
- Presentación de la esquizofrenia y el encuentro con la institución
- La experiencia subjetiva de vivir con esquizofrenia

Los ejes analíticos que presentamos son resultado de nuestras estrategias de análisis, por tal motivo es importante tenerlas presentes en este apartado. Antes de desarrollar esos apartados queremos compartir algunos antecedentes de la esquizofrenia con la finalidad de brindar una contextualización acerca de la misma. Iniciamos con la exposición del discurso neurobiológico, seguimos con el tema de la antipsiquiatría y las reformas psiquiátricas, para posteriormente hablar del enfoque psicoanalítico respecto a la esquizofrenia y exponer el recorrido histórico de las instituciones psiquiátricas en México. Todo esto se llevará a cabo en los próximos cuatro capítulos (Capítulos 3, 4, 5 y 6) dando pauta a proseguir con los últimos tres capítulos de la investigación (Capítulos 7, 8 y 9), los cuales están destinados al análisis de los discursos de nuestros entrevistados.

3. Discurso neurobiológico

En la actualidad la esquizofrenia se plantea como una enfermedad del neurodesarrollo, como menciona Jerónimo Sainz, et. al., en su escrito Bases neurobiológicas de la esquizofrenia (2010) es "[...] resultado de una alteración producida durante el periodo del neurodesarrollo y cuyo origen sería genético, ambiental o por una combinación de ambos." (Sainz et. al., 2010: 243) Las personas que la padecen presentan un deterioro en sus capacidades tanto físicas como mentales y afecta al desarrollo cognitivo impidiendo un óptimo nivel en el funcionamiento de este, más aún cuando la enfermedad es diagnosticada a edad temprana.

Existen distintas guías o manuales destinados a la clasificación de enfermedades mentales, un ejemplo de ellos es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-4), el cual define a la esquizofrenia como un trastorno que debe cumplir ciertos criterios diagnósticos como: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos; sintomatología que debe presentarse de manera persistente por un periodo mínimo de seis meses. Asimismo, se pueden encontrar otras guías, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que, de igual manera, consta de diversos criterios esenciales que deben cumplirse para considerar un diagnóstico⁴ de esquizofrenia.

Ahora bien, no existe un único tipo de esquizofrenia, por lo que es necesaria una correcta evaluación, dado que la sintomatología es muy diversa y puede haber confusiones entre un tipo y otro. De acuerdo con el DSM-4 y el CIE-10 que se mencionaron con anterioridad, la esquizofrenia se puede clasificar en:

- Esquizofrenia paranoide: es el tipo más frecuente y de mejor evolución, suele iniciar entre los 20 y 30 años, tiene poca desorganización en el comportamiento y se

⁴ Al mencionar la palabra diagnóstico hacemos referencia a la definición que Daniel Capurro nos brinda, como "[...] un proceso inferencial, realizado a partir de un cuadro clínico, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente." (Capurro, 2007: 534)

caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, que en su mayoría son auditivas.

- Esquizofrenia desorganizada: es difícil reconocerla debido a la ausencia de síntomas, presenta conductas caóticas, afectividad plana y falta de interés; los brotes no son claros de delimitar y por lo general comienzan a edades tempranas, también es llamada esquizofrenia simple.
- Esquizofrenia catatónica: presenta sintomatología negativa (catalepsia, negativismo y mutismo), afecta el control de movimientos y la capacidad de respuesta de una persona, aun con estímulos fuertes el sujeto puede no llegar a reaccionar y en algunos casos no ingiere ningún alimento.
- Esquizofrenia indiferenciada: sin predominio concreto de diagnóstico, es como una mezcla de los demás tipos de esquizofrenia.
- Esquizofrenia residual: no se presentan síntomas psicóticos importantes, su aparición es de forma tenue y debe existir el precedente de un episodio de esquizofrenia anterior.

La sintomatología observada puede dividirse en dos grupos: síntomas positivos y negativos, ambos con características y tratamientos distintos. Los síntomas positivos se distinguen porque “[...] hay más actividad del sujeto. Entran aquí, a nivel de sintomatología, los delirios y las alucinaciones esencialmente. La causa de este tipo de esquizofrenia se establece en una hiperactividad dopaminérgica⁵ en regiones subcorticales, que son las causantes de dicha sintomatología.” (Abeleira, 2012: 162) Por otro lado, y contrario a dichas manifestaciones, los síntomas negativos se caracterizan por un aplanamiento afectivo, y se presenta una disminución de la actividad dopaminérgica en las regiones prefrontales.

⁵ Según menciona Ricardo Bahena (2000) la dopamina “[...] es el neurotransmisor más importante del Sistema Nervioso Central (SNC) de los mamíferos y participa en la regulación de diversas funciones como la conducta motora, la emotividad y la afectividad, así como en la comunicación neuroendocrina.”, por lo tanto, por “hiperactividad dopaminérgica” entendemos un aumento de dopamina en el cerebro.

Habitualmente, la edad en que suelen aparecer los síntomas es a finales de la adolescencia, tal y como menciona Germán Abeleira en su escrito Esquizofrenia (2012) cuanto a “[...] la edad de inicio, se ve que el primer episodio de esquizofrenia aparece en la adultez joven, sin delimitarse una edad exacta y precisa.” (Abeleira, 2012: 162) De igual manera, existen casos donde la esquizofrenia se presenta durante la infancia, esto provocando que la sintomatología se confunda con mal comportamiento o problemas escolares, retrasando la correcta detección de la enfermedad.

4. Antipsiquiatría y reformas psiquiátricas

En el presente apartado, a manera de contextualización en el panorama de la institución psiquiátrica, se mencionan datos y fechas que datan del primer hospital general con la finalidad de indagar en un periodo histórico remoto, para vislumbrar los primeros acercamientos de la psiquiatría al enfermo mental, así como sus prácticas y cómo estas han ido evolucionando a través de la historia hasta la época contemporánea en México, lo anterior nos servirá para poder situar de manera comparativa los mecanismos y dispositivos en la actualidad de la institución psiquiátrica.

De acuerdo con datos mencionados por Carlos Cosentino en su texto *Historia de la neurología* (1998), el 27 de abril del año de 1656, en la ciudad de París, por orden del rey Luis XIV, se fundó el primer hospital general, cuya principal función sería contener a la población marginal. Esta influencia creada a partir de las instituciones hospitalarias se extendería por toda Francia y pondría su mirada en el sujeto y como este es percibido a través de la medicina. (Cosentino, 1998: 31).

Desde un enfoque Foucaultiano, la institución médica cumpliría el papel de “disciplina” (Foucault, 1976: 199); ya que dicta formas y normas de comportamiento alienante, en un determinado contexto sociocultural e institucional, por consiguiente, se puede establecer lo normal y lo patológico. Con el avance de la medicina, las primeras aproximaciones de la psiquiatría al enfermo mental son fuertemente criticadas, debido a las condiciones inhumanas (higiene, espacio, alimentación, cuidados personales, etc.) y las rigurosas prácticas normalizadoras institucionales; entre algunas de ellas: la lobotomía y los electroshock, estas prácticas ocasionan un importante desgaste físico y mental, así como una alteración significativa en los procesos de subjetivación del enfermo mental; aunado a lo anterior, los individuos son expuestos ante vigilancia y castigo constante. “La vigilancia y el castigo constituyen al individuo como objeto y efecto de poder, como efecto y objeto de saber” (Foucault, 1976: 178).

Ante estas impactantes formas de tratar al paciente mental en los psiquiátricos, despierta la atención de un avanzado grupo de vanguardia en psiquiatría, que denunciaban y exponían las prácticas inhumanas de la institución psiquiátrica en favor de los pacientes mentales, oponiéndose a los mecanismos y dispositivos de la institución. Autores como Franco Basaglia, en el texto *Los crímenes de la paz* hacían referencia al hospital psiquiátrico como “un recorrido lento hacia el matadero” (Basaglia, 1971: 308), a este suceso se le conoce como el movimiento antipsiquiatría.

David Cooper propuso el término “antipsiquiatría” en su escrito *Psiquiatría y Antipsiquiatría* en el año de 1967 (Galván, 2009: 486), en donde se sumaron a este movimiento psiquiatras de gran prestigio de diferentes nacionalidades, por ejemplo, desde Italia, Franco Basaglia y Giorgio Antonucci en Escocia, Ronald Laing; por parte de Hungría, Thomas Szasz; Marie Langer de Austria; y de origen francés, Felix Guattari y Robert Castel, por mencionar los más emblemáticos. Era de esperarse que esta influencia se extendiera en algún momento hasta nuestro país y fue a través del CIDOC (Centro Intercultural de Documentación), creado y dirigido por Iván Illich en 1966, en donde Franco Basaglia impartió un seminario en 1974, que sirvió para asentar los precedentes de la antipsiquiatría en México y en 1978 se constituyó en Cuernavaca, en el seno de un encuentro internacional, la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría. (Dasil, 2019: 628).

Como podemos observar, la disputa Psiquiatría-Antipsiquiatría ha recorrido un arduo camino desde hace años, para poder llegar a nuestro territorio, formando puntos de vista diversos dependiendo el contexto, y si bien aún hay prácticas que siguen permeando en la institución, el movimiento anti psiquiátrico ha contribuido a crear los cimientos de la psiquiatría moderna, hacia una psiquiatría más “humana”, impulsando la creación de reformas que promuevan un trato digno en el área de salud mental, por ejemplo: “La reforma 131 a la ley General de Salud” y el modelo “Miguel Hidalgo”.

A continuación, se mencionan los aspectos más relevantes de la reforma antes mencionada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de mayo de 2022 (SSA, 2022):

1. La salud mental y la prevención de adicciones son prioridades en las políticas de salud.
2. La atención a la salud mental y a las adicciones debe garantizarse de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales de derechos humanos.
3. La Secretaría de Salud debe establecer las Normas Oficiales Mexicanas para atender a las personas con enfermedades mentales que se encuentran en reclusorios u otras instituciones no especializadas en salud mental.
4. La salud mental se considera un servicio básico y se debe garantizar la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.

Por otro lado, según la Secretaría de Salubridad de Asistencia de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2014), el Modelo Nacional Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental tiene como antecedente la reforma psiquiátrica en Italia, España y México. La reforma psiquiátrica se construyó de acuerdo con los siguientes tres principios:

1. El fortalecimiento de las acciones que aumentan la promoción de la salud mental, así como de la atención comunitaria, potenciando los servicios a nivel ambulatorio y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización.
2. La hospitalización, cuando es requerida debe ser de estancia corta, mediana o largo plazo, en unidades psiquiátricas incorporadas a hospitales generales.
3. La existencia de servicios de rehabilitación psicosocial y reinserción social que integren a la persona con enfermedad mental a su comunidad. (SSA, 2014: 15)

5. Esquizofrenia y Psicoanálisis

La esquizofrenia puede definirse desde distintas disciplinas y teorías, como se mencionó anteriormente, la medicina (neurobiología), la comprende y clasifica en función de su sintomatología, sin embargo, otra teoría que la define, estudia y clasifica es el psicoanálisis, esta disciplina propone una fuerte oposición frente a la manera en que la medicina comprende al término. Avanzando en el tema, es necesario tomar en cuenta la manera en que el psicoanálisis comprende a la esquizofrenia, ya que, conocer sus propuestas teóricas para el entendimiento de la enfermedad nos brindará más herramientas para construir su definición.

Primeramente para comprender a qué nos referimos cuando hablamos de esquizofrenia es pertinente que hagamos un breve recorrido histórico acerca de su génesis, así, en 1896 el alemán Emil Kraepelin utiliza el término demencia precoz para referirse a aquellos sujetos jóvenes que padecen de algún deterioro en el funcionamiento mental, pero, no fue hasta el año de 1911 que el psiquiatra Eugen Bleuler introdujo el neologismo “esquizofrenia”, definiéndola como “[...] una "escisión" (Spaltung) de las funciones psíquicas resultante de la acción de "complejos" independientes o cadenas de representaciones con un determinado tono afectivo que, al dominar sucesivamente la personalidad, comprometían su unidad.” (Novella & Huertas, 2010: 208)

Como anteriormente se mencionó, desde que Eugen Bleuler (1911) la definió como esquizofrenia, el término, así como la definición y los síntomas, ha pasado por una serie de cambios en cuanto al significado, visión y postura dependiendo de las determinadas disciplinas desde donde se mire. De acuerdo con Laplanche y Pontalis en el Diccionario de Psicoanálisis (1996) la esquizofrenia presenta los siguientes síntomas:

[...] incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (que se designa con las palabras clásicas «discordancia, disociación, disgregación»), la separación de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía (autismo), actividad delirante más o menos acentuada, siempre mal sistematizada; por último, el carácter crónico de la enfermedad, que evoluciona con ritmos muy diversos hacia un «deterioro» intelectual. (Bleuler, citado en Laplanche y Pontalis, 1996: 128)

El tratamiento de la psicosis dentro del psicoanálisis encuentra en la escuela lacaniana su mayor representante, ya que, según Lacan, “[...] la psicosis queda situada en un accidente del registro de lo simbólico [...], la intervención analítica es concebida, por esta escuela, como una acción que hace uso de medios simbólicos para modificar algo de la posición del sujeto con respecto a lo real del goce [...]” (Battista, 2011: 215). Es notable que esta praxis metodológica dista mucho del discurso institucional de la psiquiatría respecto a la esquizofrenia, sin embargo, se deben tomar en cuenta todos los elementos que aporten a la definición y tratamiento, mientras no exista una unificación de criterios.

Otro de los conceptos clave para comprender la postura del psicoanálisis respecto a la esquizofrenia, es el concepto de psicosis, el cual apareció en el siglo XIX a cargo del médico austriaco Von Feuchtersleben quien menciona que: “[...] aquellas condiciones que usualmente llamamos, en un sentido estricto desajuste, [...] toda psicosis es, al mismo tiempo, una neurosis, porque sin la intervención de la actividad nerviosa, ningún cambio en la actividad psíquica se hace manifiesto; pero toda neurosis no es una psicosis [...]” (Berrios, 1997: 8).

En este sentido, hay una clara distinción entre los términos neurosis y psicosis, los cuales, son agrupados en el psicoanálisis haciendo una principal diferenciación de enfermedades en tres apartados: perversiones, neurosis y psicosis. (Laplanche y Pontalis 1996) Asimismo, la psicosis es dividida en diversas estructuras: paranoia, esquizofrenia, melancolía y manía, es así que, de acuerdo con Laplanche y Pontalis: “[...] la psicosis es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos [...]”. (Laplanche y Pontalis 1996: 321)

Posteriormente, la clasificación de la psicosis evolucionó y se separó en dos grupos fundamentales: la psicosis funcional y la psicosis orgánica. Dentro del grupo de las funcionales, encontramos a la demencia precoz, enfermedad maniaco-depresiva, la parafrenia y la paranoia. (Berrios, 1997: 12) Bajo esta óptica, Mendel añadió otro tipo de psicosis dentro de este grupo: el delirio alucinatorio, la manía, la melancolía, la psicosis circular y la

demencia aguda, dentro de las cuales, el delirio alucinatorio y la demencia aguda presentan condiciones similares a lo que hoy se conoce como esquizofrenia. (Berrios, 1997: 12) Mientras que, dentro del grupo de las psicosis orgánicas, Mendel añadió a la parálisis progresiva del enfermo mental, la demencia senil, la psicosis arterioesclerótica y sifilítica. (Berrios, 1997: 12)

De esta manera, podemos distinguir la clara discusión entre los discursos de la medicina (neurobiología), mencionado en un inicio, y el psicoanálisis respecto a la esquizofrenia, por una parte, el psicoanálisis basa sus teorías principalmente en la distinción de estructuras fundamentales que componen a un sujeto: perversión, neurosis y psicosis, agrupando dentro de esta última a la esquizofrenia, mientras que el discurso neurobiológico basa su comprensión de la esquizofrenia de acuerdo a la sintomatología que el sujeto presente, esta sintomatología se encuentra enlistada en el DSM-4 y el CIE-10.

La oposición de ideas respecto al entendimiento de la esquizofrenia ha dado origen a movimientos importantes que tienen como objetivo replantear, reflexionar y cuestionar la manera en que el término es entendido y, sobre todo, buscan modificar la forma en que la enfermedad es tratada. En este sentido, conocer las condiciones de tratamiento bajo las que se comenzó a atender la esquizofrenia en instituciones de salud mental en México resulta fundamental para poder adoptar una postura crítica hacia estos modelos de atención, para lograr esto, realizaremos un breve recorrido histórico acerca de cómo la esquizofrenia se institucionalizó en el país, capítulo que se expondrá a continuación.

6. Un recorrido histórico: Instituciones psiquiátricas en México

A continuación se expone un recorrido de las instituciones psiquiátricas, con el fin de ofrecerle un contexto histórico al lector respecto a las mismas, por lo que, según Fuente & Heinze (2014) en La enseñanza de la psiquiatría en México, en 1566 Fray Bernardino Álvarez fundó el sanatorio mental de San Hipólito o la “plaza de los locos” en la Ciudad de México, siendo este el primer sanatorio del continente americano, sus instalaciones eran equiparables a las de una cárcel y su cuidado se llevaba de forma deplorable y marginal; era más un sitio de exclusión, encierro y abandono, que un sanatorio. (Fuente y Heinze, 2014: 223 - 225).

En el año 1700 abre sus puertas el Hospital del Divino Salvador fundado por Jesuitas, exclusivamente para mujeres con problemas mentales, la locura se consideraba incurable en este punto, siendo las personas con enfermedades mentales descartadas y abandonadas. En 1910 poco antes de que estallara la revolución mexicana por mandato del presidente Porfirio Díaz se funda el manicomio general de “La Castañeda”, la cual, es conocida como la cuna de la Psiquiatría pública mexicana; se mantiene la vigencia del trato inhumano y condiciones deplorables (electroshocks y lobotomías), para entonces se adquirió la modalidad de contención (mantener al margen la enfermedad mental), no se abandona al enfermo mental pero tampoco se busca una rehabilitación. (Fuente y Heinze, 2014: 223 - 225).

Entre 1933 y 1952 se distinguen aportaciones nosológicas en el campo de la salud mental, en materia de trastornos mentales y neurológicos por un grupo selecto de médicos; Manuel Guevara, Samuel Ramírez, Guillermo Dávila, Raúl Gonzales Enríquez, fueron los mismos quienes desarrollaron la asistencia médica de los enfermos mentales en la institución pública. En la década de los 50’s se desarrollan los primeros tratamientos farmacológicos para las principales patologías mentales como: la esquizofrenia, la depresión, trastornos de ansiedad, entre otros. (Fuente y Heinze, 2014: 223 - 225).

Entre 1960 y 1970 la Secretaría de Salubridad y Asistencia estableció una red de 11 hospitales en reemplazo del Hospital General de “La Castañeda”, de los cuales resaltan el Hospital Fray Bernardino Álvarez y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, a partir

de este punto se cambia la noción de encierro; el diagnóstico y tratamiento apuntan hacia una reinserción psicosocial. Y en 1979 Ramón de la Fuente Muñiz fundó el Instituto Mexicano de Psiquiatría, conocido hoy como el Instituto Nacional de Psiquiatría. (Fuente & Heinze, 2014: 223 - 225).

Es de nuestro interés en el presente apartado haber logrado sentar las bases que surgieron en cuanto a los primeros acercamientos de la Institución Psiquiátrica a México, para de esta forma, poder contrastar el enfoque antiguo con el contemporáneo y vislumbrar cómo las prácticas y discursos, se mantuvieron o se modificaron, así como las nociones de salud mental, esquizofrenia, medicalización, estigma, normalidad, etc. Consideramos importante situar al lector mediante precedentes históricos relevantes, para la comprensión de los posteriores apartados, pudiendo seguir el hilo conductor de la esquizofrenia a través del tiempo y espacio, así como de su contexto sociocultural.

Ahora bien, después de mencionar diversos aspectos referentes a la esquizofrenia, en función de contextualización de la misma, procederemos a desarrollar los últimos tres capítulos de la investigación, como en el apartado de Estrategias de análisis se mencionó, en donde presentaremos la información recopilada en el campo de la investigación, tomando en cuenta nuestro principal punto de partida, es decir, el discurso acerca de la experiencia subjetiva en relación con la esquizofrenia, el cual nos brindaron nuestros tres grupos de entrevistados; pacientes, familiares y profesionales en el área de la salud mental. Lo anterior se llevó a cabo estableciendo la relación existente entre los siguientes dos aspectos: fundamentos teóricos y el análisis que como equipo establecemos con base en el discurso de los entrevistados.

7. Atención de la esquizofrenia en México

En este primer capítulo analítico se abordará la mirada médica con la que se atiende a la esquizofrenia en las instituciones psiquiátricas en México, esto con el fin de poder observar las prácticas que ejerce la institución psiquiátrica como forma de control social, lo anterior lo llevaremos a cabo sólo a través del discurso medicalizado de los profesionales⁶ en el área de la salud mental, es decir, en este capítulo no se integrarán discursos de nuestros otros dos grupos de entrevistados.

Ahora bien, como equipo consideramos que la atención de la esquizofrenia y el mejoramiento en la calidad de vida de los sujetos diagnosticados con dicha enfermedad depende de diversos aspectos, siendo el tratamiento farmacológico una de las principales herramientas para atenuar la sintomatología que, como se mencionó anteriormente; provoca dicha enfermedad. Este pretende atender las necesidades neurobiológicas y “[...] busca mejorar el estado del paciente mediante medicamentos que afectan al organismo de forma directa [...] (Melquiades, 2005: 21) al respecto, una de las profesionales entrevistadas menciona que “[...] el tratamiento, en general, implica el manejo de distintos tipos de síntomas, eh, y en la institución, pues el trabajo principal, dado que es un instituto de psiquiatría, tiene que ver con el manejo médico y farmacológico de la condición” [...] (Psicóloga 1).

Asimismo, el Psiquiatra 1 menciona que “[...] en general en todo el mundo el tratamiento es muy similar, es tratamiento con antipsicóticos de primera y segunda generación, principalmente eligiendo los de segunda generación que son los atípicos; que sean costeables, sean fáciles de administrar [...]” (Psiquiatra 1), por el contrario nosotros creemos que, si bien, el tratamiento de tipo farmacológico es un pilar fundamental dentro del tratamiento general de la esquizofrenia, ya que es innegable el impacto que éste tiene en la salud del paciente diagnosticado, tal y como menciona Crespo - Facorro (2017): “[...] los pacientes que reciben este tratamiento tienen una mejor calidad de vida que los que no lo reciben.” (Crespo -

⁶ Consideramos pertinente mencionar que las dos psicólogas y los dos psiquiatras entrevistados laboran en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ya que, desde ese panorama debemos de vislumbrar su discurso.

Facorro et. al., 2017: 11). Aunque este pareciera no ser suficiente, ya que el diagnóstico de esquizofrenia afecta la vida de los pacientes y de sus familiares más allá de lo mental, más allá de lo clínico, más allá de los edificios de una institución dónde se brinde la atención a esta enfermedad, como afirma Rosa Arrosamena et. al., (2015) “[...] la convivencia con una persona con esquizofrenia provocaba en los familiares manifestaciones sintomáticas diversas: somáticas por un lado y afectivas por otro, como depresión y ansiedad, así como, obsesión y compulsión [...]” (Arrosamena, 2015), es decir, también tienen gran relevancia otros aspectos como los factores psico - sociales.

Partiendo de esta premisa, es necesario preguntarnos, ¿qué otro tipo de tratamientos existen destinados a mejorar las implicaciones sociales de una persona que vive con esquizofrenia?, asimismo, es pertinente cuestionar la eficacia y efectividad de estos otros tratamientos, como ya se especificó anteriormente, “[...] el eje principal del tratamiento de esquizofrenia y los trastornos psicóticos es farmacológico.” (Psiquiatra 2). También existen otros tipos de tratamientos que están enfocados al desarrollo de habilidades psicosociales que la enfermedad ha deteriorado a lo largo del tiempo, a través de psicoterapias individuales o grupales, estos “[...] se centran en el conflicto psíquico interno y en su resolución como base para recuperar la salud mental” (Melquiades, 2005: 21), es decir, este se complementa con el farmacológico, como a continuación lo expresan los profesionales en el área de la salud mental: “[...] el tratamiento principal de primera línea es el tratamiento farmacológico en la clínica con los psiquiatras y, de manera complementaria, pues están las intervenciones psicoterapéuticas que hacemos aquí en el servicio de rehabilitación que va enfocado en la terapia conductiva conductual [...]” (Psicóloga 2).

Después de presentar la manera en que los dos tipos de tratamiento; el farmacológico y el psicoterapéutico, trabajan en conjunto para procurar la mejora en la calidad de vida de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, consideramos oportuno mencionar otro de los aspectos fundamentales que hemos extraído del discurso de los especialistas entrevistados: la funcionalidad del tratamiento. A través de estos discursos es que se puede vislumbrar los distintos factores que entran en juego a la hora de determinar si un tratamiento funciona o no, en este sentido, observamos que uno de los factores que más se mencionaron fue el

económico, ya que: “[...] los que no tienen recursos están en una situación muy complicada porque si no hay manera de controlar los síntomas por poder adquirir la medicación o estar en una unidad hospitalaria se deterioran más rápido [...]” (Psicóloga 1).

La disponibilidad de recursos económicos encuentra en dos vertientes una manera de impactar directamente en el tratamiento, la primera; el tratamiento farmacológico que depende de un inventario disponible de medicamentos al momento de realizar una prescripción médica, según menciona la Psicóloga 1 para que el tratamiento sea efectivo es necesario:

[...] que esté disponible, esa es una cosa muy importante porque por ejemplo, la pieza fundamental del tratamiento para pacientes con esquizofrenia es lo farmacológico, ¿no? pero aunque tú pudieras proveer o dar la indicación de que se tienen que tomar esto si no hay disponibilidad, pues entonces se trata y no se lo pueden tomar, pues entonces el tratamiento ya no funcionó [...] (Psicóloga 1)

Mientras que la segunda tiene que ver, de igual forma, con los recursos económicos que tenga el paciente y su familia para poder conseguir los medicamentos, de acuerdo con Raúl Escamilla, et. al., (2021) la elección de un medicamento debería basarse “[...] en la presentación clínica de la enfermedad, el estado general del paciente y la eficacia del fármaco. Existe un acuerdo también en que hay que considerar el costo y el acceso a servicios [...]” (Escamilla et. al., 2021: 3), en este sentido, estos son los testimonios recabados por la Psicóloga 1: “[...] una cosa que yo diría, de la cual depende la efectividad, es de la disponibilidad y de la capacidad económica para poder acceder a los medicamentos.” (Psicóloga 1). Del mismo modo, el Psiquiatra 2 menciona que:

[...] esta es la parte principal ¿no?, nuestro enfoque, pues encontrar el tratamiento más adecuado para el paciente de acuerdo a la gravedad de su enfermedad, de acuerdo a su preferencia, de acuerdo a la disponibilidad, de acuerdo a costos, de acuerdo a los mismos efectos adversos que puede haber en el medicamento, como que es un tratamiento muy personalizado [...] (Psiquiatra 2)

Dentro de este mismo orden de ideas, encontramos que otra dificultad con la que se enfrentan los pacientes y sus familiares es la distancia de su vivienda en relación con la institución

psiquiátrica en donde se atienden, tal y como menciona la Psicóloga 1: “[...] existe un costo directo para la familia muy importante de todo, del mantenimiento, o sea como de la vida cotidiana para el usuario y del transporte para venir a los hospitales y de los medicamentos y de las hospitalizaciones [...]” (Psicóloga 1). Así mismo, nosotros creemos que vivir a una distancia lejana de la institución implica un devenir de gastos mayores que se anexan al gasto de los medicamentos, las consultas y las terapias no farmacológicas, “[...] en el factor económico la cosa que pesa mucho en una condición de este tipo, son los gastos directos que te digo que implican hospital, medicamento, traslado, casa [...]” (Psicóloga 1). Dentro de este marco, el Psiquiatra 1, nos relató su experiencia atendiendo a pacientes que atraviesan esta situación:

[...] si yo tengo un paciente o una persona que vive Guerrero y el hospital más cercano es este, el costo del transporte de Guerrero: \$600 pesos por un paciente, de ida y de regreso; \$1200, por dos personas que la han acompañado; \$2400, que eso es un sueldo de una semana a lo mejor para una gran parte de la población, [...] entonces el dinero si es un factor que interfiere bastante con la readaptación y con el tratamiento psiquiátrico [...] (Psiquiatría 1)

Tomando en cuenta lo anterior, nos llamó la atención que los especialistas mencionan lo siguiente: “[...] los pacientes que están en una institución de este nivel no pagan [...] la asistencia es gratuita para pacientes que no tienen derechohabiencia⁷ [...] (Psicóloga 1), así que nos dispusimos a indagar acerca de esto y nos encontramos con que algunas de las instituciones que atienden a la salud mental se encuentran vinculadas al programa de gratuidad, lo cual nos pareció de gran ayuda para los sujetos que no cuentan con algún tipo de seguridad social, sin embargo, la Psicóloga 1 menciona que aun “[...] cuando los pacientes sí tienen algún servicio de salud [...] pero si aun así deciden atenderse aquí [...] sí tienen un nivel socioeconómico que se les asigne, se les cobra, pero pacientes que no tienen derechohabiencia reciben todos los tratamientos de manera gratuita [...]” (Psicóloga 1)

⁷ De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI), nos referimos a derechohabiencia al derecho de “[...] las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario.” (INEGI, 2010)

Es por ello que dicho programa busca apoyar a los sujetos mediante proyectos que mejoren la salud pública en México, según menciona Sergio Bautista (2024) la gratuidad de los servicios de salud “[...] no es sólo una postura o una recomendación política, sino una obligación moral y social, indispensable para abordar la desigualdad social y económica, mejorar la salud pública y fomentar una sociedad robusta y productiva.” (Bautista, 2024) Por su parte, nuestros entrevistados consideran que:

[...] aunque se les asigna un nivel socioeconómico, que se hace un estudio socioeconómico igual de trabajo social, eh, la mayoría de los pacientes no pagan nada en la consulta y en medida de lo posible se les otorgan los medicamentos que hay disponibles en el hospital, a veces no hay todos los que nos gustaría, pero los que hay se les llegan a dar y cuando tienen algún tipo de seguridad social como IMSS o ISSSTE pues se les cobra lo que se asigna en trabajo social [...] (Psiquiatría 1)

Del mismo modo, consideramos que otro factor que se ve estrechamente relacionado con la funcionalidad del tratamiento de la esquizofrenia, es el nivel de compromiso por parte del paciente para tomar la responsabilidad de querer seguir al pie de la letra el tratamiento, tal y como menciona la Psicóloga 1: “[...] el individuo tiene que estar súper comprometido con su tratamiento para mantenerse en el mejor estado posible [...]” (Psicóloga 1). Aunado a lo anterior, nosotros creemos que es importante que los pacientes tomen en cuenta todas las indicaciones de los especialistas como lo son; la toma puntual del medicamento, la asistencia a las consultas, así como la disponibilidad para participar activamente en los aspectos del tratamiento que lo requieran, “[...] la otra parte que necesita para que funcione el tratamiento es el individuo, si yo solamente soy receptor, no estoy participando realmente en la recuperación y por eso regresar también responsabilidad a los individuos es muy importante [...]” (Psicóloga 1).

Sin embargo, observamos que aspectos como la personalidad del paciente y las creencias que tenga: “[...] puede haber disponibilidad, puede haber red de apoyo y si el paciente no quiere no va a haber manera, el factor personal también es una cosa importante y las creencias propias [...]” (Psicóloga 1) o las comorbilidades que presente “[...] por ejemplo, que tengan diabetes, hipertensión, que tengan, este, consumo de sustancias, que tengan algún otro diagnóstico psiquiátrico [...] son factores de un mal pronóstico [...] mientras más

enfermedades más probable es que el pronóstico no sea más favorable.” (Psiquiatra 1) Para enmarcar este discurso, retomaremos las palabras de Crespo - Facorro respecto a los pacientes que presentan comorbilidades:

“La presencia de comorbilidades físicas en el paciente con un trastorno mental incrementa los costes. En concreto, la esquizofrenia se asocia con unos costes por caso más elevados que la depresión, en parte debido a que tiene un riesgo más elevado de presentar comorbilidades físicas. Este es un factor fundamental que no ha sido tenido en cuenta a la hora de valorar no solo la eficiencia, sino también la efectividad y eficacia de los tratamientos de la esquizofrenia.” (Crespo-Facorro et. al., 2017: 8)

Estas creencias también se ven involucradas en este rubro, ya que estas impactan directamente en la evolución que el paciente presente; para enmarcar lo anterior, la psicóloga 1 menciona lo siguiente: “[...] yo pienso que una parte muy importante de que los tratamientos funcionen es que ellos estén involucrados en la toma de decisiones [...] entonces depende de la familia, depende de la lana, depende de la disponibilidad de los tratamientos [...]” (Psicóloga 1)

Finalmente, nosotros creemos que el tiempo en que los pacientes se demoran en ser atendidos es otro aspecto importante para que el tratamiento funcione, uno de los especialistas entrevistados nos mencionó que “[...] es muy frecuente, que se retrase de 12 meses a un año, dos años, tres años, por el... la resistencia de acudir al psiquiatra [...]” (Psiquiatra 1), esto debido a falta de atención especializada, pues en algunos casos “[...] si no hay nada de información [...] pues buscan atención con el padre, con el médico alternativo de la comunidad, [...] pero ahí por lo menos ya pasaron seis a 12 meses ¿no?, entonces ya hubo un retraso en el diagnóstico [...]” (Psiquiatra 1), o la falta de recursos económicos o desconocimiento de la enfermedad por parte del paciente y sus familiares, considerando esto, el Psiquiatra 1 menciona que:

[...] se encuentra una asociación de que si se trata a menos de 12 meses, cuando empieza el primer episodio, el pronóstico mejora muchísimo y la respuesta al antipsicótico tiende a ser mejor, esto es difícil saber si es causal o es una asociación, [...] pues mientras más pronto se trate podemos tener mejores intervenciones. (Psiquiatra 1)

Tomando en cuenta lo anterior, la atención de la esquizofrenia en México ha pasado por un

camino de diversas modificaciones, “[...] uno podría pensar que es más fácil acceder a la salud mental, realmente es más complicado [...] en México pues sí hay pocos hospitales; hospitales psiquiátricos [...]” (Psiquiatría 1), esto bajo una dirección gubernamental que cada vez se aleja más de la construcción de un sistema de salud que satisfaga las necesidades de personas diagnosticadas con esquizofrenia, “[...] podría también extenderse la atención de primer nivel, que la verdad pues ha mejorado a lo largo de los años, pero se podría aumentar la cantidad de clínicas donde pudiera existir atención de primer nivel [...]” (Psiquiatra 1).

7.1. Voces de los psiquiatras y/o psicólogos

Consideramos importante presentar aquellos discursos en donde los especialistas expresan algunas de sus inquietudes en torno a su experiencia subjetiva sobre la esquizofrenia desde el discurso institucional medicalizado, con el objetivo de poder percibir qué noción tienen de la misma, tomando en cuenta el panorama que como profesionales de la salud mental han formado a lo largo de su experiencia. Comenzando por exponer la falta de preparación académica en cuanto a los temas de salud mental que se imparten en la universidad, cabe resaltar que haremos referencia únicamente a la formación de médico psiquiatra, de acuerdo con lo anterior, el Psiquiatra 2 menciona lo siguiente: “[...] creo que la formación en medicina es incompleta, creo que falta que tengan una mejor formación en psiquiatría, porque psiquiatría debe estar ahí junto con pediatría y medicina interna, entre las cosas que más debe tener uno dominado [...]” (Psiquiatra 2), del mismo modo el Psiquiatra 1 menciona que:

[...] realmente cuando estamos en la carrera de medicina la exposición que tenemos a psiquiatría en general es muy breve, superficial y ya cuando entramos a la residencia pues todo cambia ¿no?, el paradigma de cómo funciona los síntomas, de cómo se expresan los síntomas, de cómo se entiende la enfermedad y es cuestionarlo, ¿no?, ¿cómo lidiamos con los síntomas?, y ya específicamente en el diagnóstico de esquizofrenia, pues tratar de hacer empatía o llevar una relación con un paciente que tiene una idea, un síntoma psicótico que sale de la realidad [...] (Psiquiatra 1)

Estos discursos se acentúan aún más cuando realizamos una investigación acerca de los planes de estudios vigentes que se imparten en dos de las universidades más importantes del país; la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Comenzando con la UAM Xochimilco,

encontramos lo siguiente:

La carrera de Médico Cirujano en esta unidad contempla una duración de 15 trimestres (cuatro años, nueve meses aproximadamente), dentro de los cuales, se imparten 18 módulos, en el plan de estudios oficial extraído de la página de la Universidad Autónoma Metropolitana, se presentan los siguientes módulos:

- Conocimiento y Sociedad
- Procesos Celulares Fundamentales
- Energía y Consumo de Substancias Fundamentales
- Introducción a la Medicina: Morfofisiología I y II
- Introducción a la Medicina: Farmacología
- El Hombre y su Ambiente
- El Hombre y su Medio Interno (M)
- Reproducción
- Crecimiento y Desarrollo del Infante y del Pre-escolar
- Crecimiento y Desarrollo del Escolar y del Adolescente
- Atención Integral del Adulto I, II y III
- Atención Integral de Urgencias Médicas y Quirúrgicas
- Atención Clínica Integral I, II y III

Es notable la ausencia de módulos orientados exclusivamente a la formación en temas de salud mental, en este sentido, todos están orientados a atender otras necesidades del sujeto, como las biológicas. Respecto a esto, el Psiquiatra 2 mencionó que: “[...] entonces, si a nosotros en la formación [...] lo principal es que dominemos que diabetes, que hipertensión, esas cosas que son un problema de salud importante y que son una prioridad, ahí debería de también estar psiquiatría [...]” (Psiquiatra 2), siguiendo con el análisis, presentaremos el plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM:

La carrera de Médico - Cirujano en esta facultad, contempla una duración de 6 años, en 12 semestres, incluyendo cuatro fases:

- Fase I. Abarca el 1º y el 2º año de la licenciatura, está integrada por ocho asignaturas en el primer año y ocho en el segundo, por medio de las cuales se construye un fundamento sólido para la comprensión de la morfología y la fisiología de los procesos moleculares, físicos y biológicos del cuerpo humano.
- Fase II. En esta fase, que abarca del 3º al 4º año, el alumnado desarrollará los conocimientos, las habilidades, las destrezas, las actitudes y aptitudes necesarias para la práctica de la Medicina general en ambientes reales; es decir, las sedes hospitalarias a través de los campos de integración.
- Fase III. La tercera fase abarca el tercer año, corresponde al campo de integración del Internado Médico de Pregrado que cuenta con las siguientes rotaciones: Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias y Medicina Familiar y Comunitaria, y la actividad clínica complementaria.
- Fase IV. Esta fase corresponde al sexto año, que es el año de Servicio Social. La actividad clínica social complementaria forma un continuo con las del Internado Médico de Pregrado.

En la página oficial de la Universidad Nacional Autónoma de México, se pueden revisar las materias que comprenden las cuatro fases, siendo estas las siguientes:

MÉDICO CIRUJANO FACULTAD DE MEDICINA Total de créditos: 433 Asignaturas Obligatorias: 425 Asignaturas Optativas: 08	
PRIMER AÑO (FASE I) Asignaturas Optativas: 08 17 Anatomía Humana 15 Biología Celular e Histología Médica 21 Bioquímica y Biología Molecular 11 Embriología Humana 00 Iniciación al Estudio de la Medicina* 02 Integración Básico Clínica I 11 Psicología Médica y Salud Mental 07 Salud Pública y Comunidad 03 Salud Digital I	OPTATIVAS 04 Asignatura Optativa*** 04 Asignatura Optativa***
SEGUNDO AÑO (FASE I) 03 Salud Digital 1 23 Farmacología 23 Fisiología 09 Inmunología 02 Integración Básico Clínica II 11 introducción a la Cirugía 17 Microbiología y Parasitología 07 Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida 03 Salud Digital II	TERCER AÑO (FASE III) 06 Anatomía Patológica 01 Antropología Médica e interculturalidad 14 Defensa del Huésped 09 Dinámica Corporal 08 Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias 03 Farmacología Terapéutica 14 Homeostasis Hemodinámica 04 Genética Clínica 32 Iniciación Clínica 02 Integración Clínico-básica I 05 Medicina Psicológica y Comunicación 09 Metabolismo 14 Salud Mental
CUARTO AÑO (FASE III) 02 Ambiente, Trabajo y Salud 01 Bioética Médica y Profesionalismo 01 Historia y Filosofía de la Medicina 02 Integración Clínico – básica II 12 Medicina Clínica -Quirúrgica 12 Medicina de Urgencias 03 Medicina Legal 13 Salud del Adulto Mayor 20 Salud de la Mujer 20 Salud del Niño y Adolescente	QUINTO AÑO (FASE IV) 36 internado Médico de Pregrado
SEXTO AÑO (FASE IV) Sin asignaturas *Esta asignatura favorece el desarrollo del pensamiento para la adaptación universitaria, por lo que no cuenta con créditos, pero se requiere que todos la cursen. **Horas de actividad clínica. ***Se seleccionan de una variedad de ocho áreas y se pueden cursar desde el primero hasta el cuarto año.	
Asignaturas Optativas por Año	
PRIMER AÑO (FASE I) 04 Bases de la Reproducción Humana 04 Introducción a la Investigación 04 La Perspectiva de Género en la Práctica Médica 04 Lactancia Materna 04 Sanidad Hospitalaria	SEGUNDO AÑO (FASE I) 04 Economía de la Salud 04 Genómica Viral 04 Introducción a la investigación Clínica 04 Introducción a la Medicina Personalizada 04 Maltrato Infantil: Gravedad y Prevención 04 Promoción de la Salud en los Trastornos de Conducta Alimentaria
TERCER AÑO (FASE I) 04 Análisis e interpretación de Indicadores de Salud 04 Elementos Básicos para una Buena Práctica en la Prevención de la Enfermedad y Atención a la Salud de las Personas LGBT+ 04 Manejo Clínico del Paciente Fumador 04 Medicina y Fisiología Aeroespacial 04 Salud y Derecho	CUARTO AÑO (FASE I) 04 Biología de las Células troncales 04 Cuidados Paliativos 04 Manejo de Bases de Datos 04 Medicina Traslacional

*Imagen extraída de la página oficial: Oferta Académica de la UNAM. (2024)

Dentro de este plan de estudios, solo podemos encontrar una materia que aborde aspectos que involucren la atención a la salud mental, tal es el caso de la materia Medicina Psicológica y Comunicación. No obstante, la formación de tipo psicológico no refiere a atender enfermedades mentales como la esquizofrenia o alguna otra. Dentro de este contexto, uno de los psiquiatras entrevistados nos relata su experiencia: “[...] el tema es que por lo menos cuando yo hice la licenciatura en medicina, y de cierta manera el día de hoy, psiquiatría ocupa un porcentaje muy pequeño ¿no?, del currículum de la carrera, entonces vemos muy poco de psiquiatría [...]” (Psiquiatra 2)

Esta falta de impartición de materias enfocadas a formar médicos capacitados para atender enfermedades de salud mental representa el panorama actual de la desvalorización hacia esas enfermedades, priorizando otras como la atención a la diabetes, hipertensión o la nutrición, por mencionar algunas. Esta problemática nos lleva a cuestionarnos sobre el motivo de la poca importancia que se le da a la formación en estos aspectos dentro de las universidades. En un estudio realizado por la Universidad de Cádiz, en España, toma como muestra a los alumnos de medicina de 5to. grado de la Universidad San Pablo-CEU, donde se menciona que:

Los estudiantes de medicina ya establecen preferencias por categorías particulares de pacientes, y según algunos estudios parece que muestran menos empatía hacia los pacientes psiquiátricos que hacia otros tipos de pacientes. De hecho, la psiquiatría parece ser una de las especialidades menos atractivas para los graduados en esta profesión [...] (Gilaberte et. al. 2012: 228)

Este estudio, formula la hipótesis de que los estudiantes no muestran interés a aprender sobre psiquiatría debido a que adoptan un posición estigmatizante hacia los pacientes con una enfermedad mental: “Se piensa que esto es así porque los estudiantes de medicina podrían estar compartiendo con la población general una actitud estigmatizante hacia la enfermedad mental y hacia la psiquiatría como especialidad, calificándola de poco científica, imprecisa e ineficaz [...]”. (Gilaberte et. al., 2012: 228)

Sin embargo, creer que la falta de impartición de materias enfocadas a salud mental en las universidades es debido a la falta de interés de los alumnos, sería un error debido a que las

universidades no toman una postura complaciente en cuanto a gustos o preferencias se refiere. Por el contrario, las universidades deberían impartir materias en la carrera de medicina que impulsen la formación de médicos en temas de salud mental, de esta manera, se estaría comprendiendo y atacando la problemática social de la importancia de la salud mental desde una de sus raíces.

7.2. Redes de apoyo

Creemos que la familia es el primer apoyo del paciente diagnosticado, incluso antes del acercamiento a la institución médica, teniendo un papel primordial tanto en el tratamiento, como en la manera en que el sujeto vive con la enfermedad, “[...] es una ventaja que tenemos del funcionamiento de la familia en México, que la familia en México todavía es central ¿no?, enfocada en los padres, en los hijos y que no te dejan, no te abandona [...]” (Psiquiatra 1), dentro de esta primera red de apoyo llamada familia, entran en juego diversos elementos que determinan el modo en que la experiencia del sujeto diagnosticado se configura. Esta configuración contempla aspectos como la dinámica familiar, usos y costumbres, creencias, ideologías, rutinas y posturas de pensamiento respecto a la enfermedad. En este sentido, el trabajo en conjunto de la relación paciente-familia es fundamental para llevar a cabo aspectos del tratamiento que el de tipo farmacológico no contempla, es entonces que la familia protege, tal y como menciona uno de nuestros entrevistados: “[...] a la par con la consulta va la intervención con el paciente y con la familia para trabajar en todas las otras cosas que no toca el medicamento [...]” (Psiquiatra 2).

Ahora bien, consideramos que un aspecto importante que mencionan los profesionales que atienden la salud mental, es la oferta de programas de tipo psicoterapéutico que contribuyen a la creación y fortalecimiento de redes de apoyo, en las cuales el paciente diagnosticado se encuentra inmerso. Nos encontramos con que en la clínica de esquizofrenia del INPRFM existe una colaboración entre varias áreas, por ejemplo el “[...] entrenamiento metacognitivo, que es una terapia grupal, algo que se llama remediación cognitiva que es una forma de rehabilitación que igual se hace grupal, y algo que se llama terapia cognitivo conductual de recuperación, que igual es una psicoterapia grupal e individual [...]” (Psiquiatra 2).

Observamos que es fundamental la participación de la familia, o bien, de las personas que se encuentran más cercanas al paciente, en los grupos psicoterapéuticos que se imparten específicamente para los familiares: “[...] lo que se hace en esos grupos es explicar qué son los síntomas, cómo es el tratamiento, cómo hay que controlar las crisis, cómo convencer al familiar, al paciente a tomar el medicamento [...]” (Psiquiatra 2), estos grupos en su mayoría son brindados por la misma institución, además, “[...] cuando se abren sí se llenan, hay veces que hay 15 - 20 personas por grupo, y los grupos... como hay pacientes que ya llevan mucho tiempo aquí en la clínica al menos ya han tomado una vez [...]” (Psiquiatra 2). ...

Asimismo, como equipo consideramos que la tarea que realizan los familiares es de grandes proporciones, ya que como mencionamos antes, en la idea de Rosa Arrosamena, et. al., (2015) la convivencia con una persona con esquizofrenia provocaba en los familiares manifestaciones sintomáticas diversas: como somáticas y afectivas (Arrosamena, 2015), por lo que nos parece importante hacer énfasis en que convivir con personas diagnosticadas con esquizofrenia implica un desgaste físico y emocional, por ello es importante tener intervenciones psicoterapéuticas con la familia del paciente, “[...] porque justo es una enfermedad que se acompaña de mucho sufrimiento para la persona y para la familia. Mucho de la intervención y del tratamiento va dirigido a eso, ¿no?, buscar que se mantengan activos, que tengan buenos hábitos [...]” (Psiquiatra 2). De esta forma, una vez que el círculo familiar acepte su rol dentro del tratamiento del paciente diagnosticado, es indispensable que trabajen en conjunto por la evolución favorable del mismo; acompañándolo a terapias, buscando sus medicamentos, informándose sobre las ofertas de tratamiento en las distintas instituciones médicas, entre otros.

Del mismo modo María Martínez (2020) menciona que siendo “[...] la familia en su mayoría el cuidador principal, estas describen la esquizofrenia como una fuente de perturbación en la dinámica familiar”. (Martínez, et. al., 2020: 647), en donde depende el grado de compromiso, empatía y disposición para que pueda existir una dinámica familiar saludable para el paciente, así como el informarse adecuadamente respecto al trastorno de la esquizofrenia y el rol que debe cumplir cada integrante.

Por otro lado, la presencia y apoyo de la familia trae consigo beneficios que impactan de manera directa en la evolución del paciente diagnosticado, como la integración a otros grupos de apoyo, la recuperación de habilidades sociales que la enfermedad deterioró o motivación de tipo moral para continuar con el tratamiento, es así que la familia juega un papel muy importante respecto a la persona que presenta esquizofrenia, simplemente para sentirse apoyado como cualquier otro ser humano lo necesita al ser partícipe de lazos sociales, sumado a ello, por supuesto, el hecho de tener alguna enfermedad física o mental. Nuestra especialista entrevistada respecto al papel del apoyo de la familia menciona lo siguiente: “[...] esta condición en particular necesita de mucho apoyo familiar [...] es necesario saber que nosotros no estamos solos en este camino y el poder compartir experiencias de lo que ha pasado o cómo se resuelven problemas también se vuelven muy importantes [...]” (Psicóloga 1).

De esta manera, se puede decir que la familia forma parte del tratamiento de la atención a la esquizofrenia, en este contexto, Crespo-Facorro menciona que:

[...] la familia y el paciente forman un conjunto indisoluble de actuación terapéutica con el objetivo de mejorar la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Es necesario detectar grupos homogéneos de familiares y pacientes con esquizofrenia en los que realizar intervenciones familiares basadas en criterios de eficiencia y efectividad [...]
(Crespo-Facorro 2017:11)

La presencia de esta primordial red de apoyo nos lleva a pensar un escenario completamente opuesto: ¿qué pasa cuando el paciente diagnosticado con esquizofrenia no cuenta con esta red?, consideramos que la ausencia de un círculo cercano de apoyo puede afectar de manera negativa la experiencia que el sujeto vivirá durante su tratamiento, esto se hace notorio cuando los especialistas dan cuenta de lo siguiente: “[...] el problema es que cuando la red de apoyo familiar se colapsa, o los padres mueren, o los hermanos ya no se quieren hacer cargo, ¿qué pasa con los pacientes?, se quedan solos [...]” (Psicóloga 1)

Habiendo dicho esto, es notable que el paciente diagnosticado vive sujeto a las condiciones bajo las que se desenvuelve su familia, es decir, la forma en que el sujeto se relaciona, vive y convive con su círculo familiar, afecta directamente la experiencia que se suscitará durante

el tratamiento. Es una dicotomía indisoluble donde hay un compartimiento mutuo de emociones, sentimientos, criterios, puntos de vista y experiencias donde las implicaciones generadas por ambos están en un constante ida y vuelta. De esta manera, es importante comprender que la esquizofrenia en sí es causante de modificaciones en la dinámica familiar, dando lugar a que la persona que presenta esquizofrenia provoque “[...] un impacto en todos los miembros de su familia, estos últimos ven cómo determinado miembro desarrolla ideas y percepciones extrañas, se angustia y agita, adopta rituales o sistemas de creencias insólitas y en ocasiones adquiere una conducta disociadora y hasta violenta [...]” (Cruz, 2001: 78).

Ahora bien, como ya se mencionó, a pesar de que la familia es uno de los principales pilares en la atención que se le brinda al paciente con esquizofrenia, también debemos tomar en cuenta que no es el único grupo de apoyo que se puede considerar para un mejoramiento ante la enfermedad, ya que si bien, los sujetos con dicha condición suelen rodearse de la familia, creemos que no es el único grupo del que pueden obtener una ayuda o al menos percibirla de esa manera, ya que al igual que sucede cuando las personas se sienten incluidas porque comparten ciertas características con otras personas, en el caso de la esquizofrenia es similar, pues “[...] el ver que otras personas pasan por algo parecido, el ver que otras personas luego comparten los mismos temores o las mismas frustraciones les ayuda mucho y los empodera mucho y eso es muy importante [...]” (Psiquiatra 2), asimismo el Psiquiatra 2 complementa esa idea al mencionar que:

[...] algo que sucede en el grupo es que hay interacción social, que es un tema importante en la enfermedad y les ayuda mucho conocer otras personas que pasan por lo mismo que en lo individual, pues no sucede [...] pero sí, lo grupal tiene algo muy particular que no se alcanza en lo individual. (Psiquiatra 2)

Entonces, debemos observar la importancia que tienen dichos grupos conformados con personas que presentan la enfermedad de esquizofrenia, los cuáles también funcionan como redes de apoyo, ya que, todo sujeto es indispensable buscar con quien sentirse identificado, esto con la finalidad de propiciar el desarrollo psicosocial, a propósito nuestro profesional en el área de la salud mental nos menciona que:

[...] sus propios grupos de apoyo que eso es importante ¿no?, y hay muchos pacientes de aquí que se conocen de grupos que tomaron hace años ¿no? que ya son amigos entonces eso es algo que tiene muchísimo peso [...] el conocer a otra persona que vive lo mismo o que ha vivido algo parecido facilita ¿no? ya no hay miedo a que rechacen, el otro entiende lo que a lo mejor uno no [...] (Psiquiatra 2)

De esta manera el apoyo de la familia y de personas que presentan la misma enfermedad, propician que la experiencia subjetiva vivida tras tener esquizofrenia se modifique y mejore hasta cierto punto. Y aunque existen casos en los que no se cuenta con ese apoyo y los sujetos con esquizofrenia viven esta experiencia “solos”, debemos dejar claro que es indispensable que sientan un apoyo para que la calidad de vida mejore, consideramos que este apoyo es pertinente de diversas maneras, ya sea en uno u otro aspecto o de una u otra persona.

7.3. Psicoeducación

Por otra parte, pero siguiendo en la línea de la importancia que tiene el apoyo para las personas que presentan esquizofrenia, también nos parece relevante en este aspecto el papel que juega la psicoeducación⁸, la definición más general de este término es descrita como “[...] una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de la patología.” (Godoy et. al., 2020). La psicoeducación es útil en el abordaje de las situaciones cotidianas en la vida de las personas que tienen esquizofrenia, en dónde estas situaciones se vuelven complejas ante el desconocimiento de dicha enfermedad, así, la psicoeducación se vuelve una herramienta con la que se busca entender el mecanismo de la enfermedad y a través de eso, colaborar de manera directa con los cuidados generales y particulares para cada paciente.

Así mismo, no solo es importante la información dirigida a los pacientes, familiares o quienes estén involucrados con una persona que presente alguna enfermedad mental, sino más bien,

⁸ “Este término surge, en parte, del trabajo con familias de personas diagnosticadas con esquizofrenia, por George Brown en 1972, quien a partir de sus observaciones refirió que «en tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos».” (Godoy et. al., 2020)

creemos que la educación en general, es decir, la educación a toda la sociedad acerca de la salud mental es de gran relevancia, así como el conocimiento de los trastornos y/o las enfermedades mentales que pueden llegar a presentarse en una persona, ya que ayudará a comprender de una mejor manera lo que se entiende al referirnos a todo lo relacionado con la salud mental, esto a su vez, propiciará que las personas dejen de tener ideas erróneas al momento de referirnos al término “enfermedad mental” y en este caso; al momento de referirnos a la palabra “esquizofrenia”. La Psicóloga 1 apoya la anterior noción al comentar lo siguiente:

[...] o sea yo pienso que la educación en salud mental debería de estar incluida en la primaria y secundaria, y decir, pues fíjense que así como existe la gripa y los dolores de panza y el cáncer y la diabetes, también existen otras condiciones como la esquizofrenia, el TOC que no son peligrosos, que no son personas violentas [...] (Psicóloga 1)

Otro punto importante que mencionan nuestros entrevistados y que como equipo opinamos que es de gran relevancia es el tema de: el establecimiento de programas que apoyen a personas que presenten una enfermedad mental, ya que, si bien en esta investigación el punto de partida es la esquizofrenia, sabemos que no es la única enfermedad mental que necesite apoyo de dichos programas. Crespo - Facorro (2017) menciona que

“[...] es necesario desarrollar programas de educación y concienciación para que pacientes, [...] y psiquiatras comprendan la relevancia de mejorar la salud [...]. Mejorar los hábitos de vida y contrarrestar los efectos secundarios de los tratamientos mediante programas de intervención específicos son factores críticos [...]” (Crespo - Facorro et. al., 2017: 8)

Es necesario comentar que la meta de estos programas “[...] es que el paciente pueda funcionar, aún con las limitaciones que pueda tener, hay que establecer expectativas realistas de hasta dónde se puede llegar [...]” (Psicóloga 1), esta es la gran fortuna de los “[...] programas que para eso están dirigidos [...]” (Psicóloga 1). Un ejemplo de ello es lo que nos comenta nuestra entrevistada:

[...] hay un programa en Guadalajara de un hospital que se llama CAISAME estancia prolongada en donde las que llevan el departamento de rehabilitación que son

psicólogas, tienen un programa que va desde la enseñanza de actividades de la vida cotidiana [...]” (Psicóloga 1)

En este sentido, el aspecto que nos llamó más la atención y que mayor impacto tuvo al momento de que los entrevistados mencionaron los programas de apoyo fue: el empleo, es decir, la importancia de la existencia de programas de empleo, ya que, como comentó uno de ellos, consideramos que primeramente el tema del empleo en nuestro país está rodeado de grandes inconvenientes y obstáculos⁹, por lo que en el caso de las personas que tienen una enfermedad mental tiende a ser aún más difícil acceder a buenas condiciones de empleo, “uno, porque en el país hay altas tasas de desempleo y dos, porque los pacientes al tener un diagnóstico pues se les complica más acceder a los empleos justos” (Psiquiatra 1), ya sea por la desinformación acerca de las enfermedades mentales, creando implicaciones desacertadas, por creencias erróneas sobre las mismas o por la vulnerabilidad que estos sujetos puedan llegar a presentar, a propósito de ello, el Psiquiatra 1 nos dice:

[...] si para una persona sin ninguna dificultad de interacción social es complicado tener un trabajo estable, donde tengan las prestaciones suficientes para tener una calidad de vida adecuada, para una persona que uno de los síntomas centrales de su enfermedad implica problemas en la interacción social se le complica aún más, y si obtiene empleo mantenerlo es complicado, porque a veces, se explotan o se aprovechan de personas vulnerables, entonces tiende a ser más difícil que mantengan estos empleos, entonces, [...] el apoyo ya en un sistema más amplio que es el país y la sociedad de manera más global, pues sí complica ¿no?, que los pacientes se reintegren a la sociedad, porque es algo que está reportado en todo el mundo; el desempleo de personas con esquizofrenia es más alto, mucho más alto que el de otras enfermedades mentales. (Psiquiatra 1)

De igual manera, la dificultad para integrarse a un empleo siendo una persona con esquizofrenia, tiene un referente sistémico, en donde recae un gran peso en la productividad del ser humano, creyendo que quienes no cumplen con esta característica no merecen ser tomados en cuenta, y aunque, por una parte existen “[...] actualmente las reformas de la ley [...] del trabajo, [...] que ya implica el cuidado de la salud mental [...]” (Psiquiatra 1), como ya se mencionó antes, la desinformación o las creencias erróneas frente al tema de las

⁹ De acuerdo con la última publicación de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el primer trimestre del 2024 (enero a marzo), la población desempleada fue de 1.5 millones de personas. (Rodríguez, 2024)

enfermedades mentales, suele disminuir las oportunidades de empleo que puedan llegar a presentarse, es por eso que tener presente cuales son las implicaciones que se desarrollan alrededor del tema de la esquizofrenia ayudaría a que las personas que presentan dicha enfermedad tengan más oportunidades de alcanzar un desarrollo laboral. La Psicóloga 1 nos menciona que:

[...] a nivel institucional es muy difícil llevarlo a cabo, porque se tendría que establecer como un convenio con diversas asociaciones que pudieran entender la importancia de que estos usuarios trabajen y que también se acomoden a las, pues a las limitaciones que tienen ellos [...] (Psicóloga 1)

Si bien, como ya dijo la Psicóloga 1 pueden llegar a existir limitaciones por parte de quienes tienen esquizofrenia, es importante que esto no “[...] se use como un arma contra las personas [...]” (Psiquiatra 1), sino que, más bien nos informemos adecuadamente, ya que “[...] todo viene desde la educación.” (Psiquiatra 1), ejemplo de ello son “[...] las escuelas que son un punto de primer contacto, hasta los lugares de empleo [...]”, de esta manera podremos “[...] trabajar con personas con cualquier diagnóstico psiquiátrico [...]” (Psiquiatra 1).

Después de presentar estos discursos, es notorio que el espectro de la esquizofrenia impacta en la vida de los pacientes diagnosticados en formas que van más allá de lo físico o mental, las implicaciones de vivir con esquizofrenia permean todos los aspectos de la vida de estos sujetos. Uno de los escenarios donde son más notorias estas implicaciones, es en el aspecto laboral, donde el escenario contemporáneo no brinda oportunidades de desarrollo profesional para personas diagnosticadas con esquizofrenia, en este sentido, creemos que debe ser imperativo para las empresas y el Estado la creación de vías de oportunidad para esta población.

8. Presentación de la esquizofrenia y el encuentro con la institución

En el segundo capítulo analítico se indagará en las experiencias que los pacientes diagnosticados relataron acerca de los inicios de la enfermedad, por medio de la aparición de sus primeros síntomas, así como, su primer acercamiento con las instituciones de atención a la salud mental y la manera en este primer encuentro afectó su experiencia, modificándola así, en una experiencia medicalizada. Debemos dejar claro que este segundo eje solo se tomarán en cuenta los discursos que nos brindaron pacientes y familiares.

8.1. Cuando la esquizofrenia detona

En este apartado planteamos las circunstancias en las cuales se presentó el primer brote psicótico en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, refiriéndonos a los primeros síntomas que se manifestaron en ese momento, todo esto basándonos en el testimonio de nuestros cuatro pacientes entrevistados¹⁰, así como en las dos entrevistas realizadas a los familiares¹¹, ya que en su discurso nos exponen el relato de la experiencia vivida durante su primer encuentro con la enfermedad, puesto que, debemos destacar que cada vivencia es singular dependiendo el ambiente socio-cultural que se presente y tomando en cuenta que en el proceso la enfermedad evolucionará de diferentes formas.

8.2. ¿Cómo vivieron los primeros síntomas los pacientes?

Una vez que comenzamos a realizar las entrevistas nos percatamos que, si bien la esquizofrenia tiene características particulares que la distinguen de otras enfermedades mentales, no todos los sujetos que la presentan pasan por los mismos síntomas en un inicio,

¹⁰ No debemos olvidar que, tres de los pacientes entrevistados asisten al INPRFM y uno de ellos reside en el CAIS Cuemanco.

¹¹ Recordemos que, como se mencionó en el apartado de este escrito titulado *Participantes en el estudio*, las personas que tienen un familiar con el diagnóstico de esquizofrenia y quienes fueron entrevistados en el grupo de familiares, no son precisamente familiares de ninguno de los entrevistados que forman parte del grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, sino que más bien, son familiares de una persona con dicha enfermedad, pero, a los cuales no tuvimos la oportunidad de entrevistar.

a propósito de esto el Paciente 1 menciona lo siguiente: “[...] exactamente yo lo recuerdo perfectamente bien, tengo un accidente de memoria [...] y ese, ese primer día empecé a tener ya lo que se llama como paranoias, yo ya me empezaba a sentir raro, como así como observado, vigilando [...]” (Paciente 1).

De igual manera, el Paciente 4 menciona que él pudo percibir síntomas de la fase prodrómica (primera fase de 3 estadios en la presentación de la esquizofrenia) “caracterizada principalmente por síntomas subclínicos con retraimiento o aislamiento, irritabilidad, suspicacia, pensamientos inusuales, distorsiones de la percepción y desorganización” (Tamminga, 2022). Unos meses más adelante, después de un periodo intenso de obsesión, se presentó como desencadenante de su primer brote psicótico, un temblor en la Ciudad de México a la edad de 18 años, este fue su primer encuentro con la Esquizofrenia, en el cual presentó una crisis de desrealización debido al delirio, “[...] yo creo que cuando tenía 18 años empecé a presentar síntomas, iniciando lo que yo he leído en algunos libros como fase prodrómica [...]” (Paciente 4).

En otros casos, los pacientes pasan por diversos estadios previos a la manifestación de la esquizofrenia, apareciendo síntomas de forma gradual, pero que se van agravando con el tiempo, tal es el caso del Paciente 1, el cual pasó de paranoia a delirios de persecución: “[...] resulta que mi esquizofrenia paranoide pues sí empecé a sentir la paranoia [...] fíjate cómo fue el cambio, la mutación [...] haz de cuenta que la paranoia dejó de ser paranoia y [...] me empezaron a dar una especie como de miedos. (Paciente 1)

El Paciente 1 también nos relata que “[...] en esos años sí me apareció como que una fobia de tipo social, y a la vez sentía que algo malo me iba a pasar o nos iba a pasar en la casa [...]” (Paciente 1), posteriormente aparecería a lo que él denomina como “miedos”, esto derivado de la fobia social: “[...] yo le llamaría en ese en esos años ya del 98 “miedo”, entonces yo al tener esas características no, no quería salir y no podía salir, o sea, no quería por no querer y tampoco no podía porque me daba miedo salir a la calle.” (Paciente 1), él mismo paciente menciona que los miedos fueron hasta cierto punto incapacitantes, pues él ya no podía

realizar sus actividades como las hacía de manera cotidiana previo a los primeros síntomas de la enfermedad:

Entonces hubo un tiempo en que sí, me tuve que salir del grupo de la iglesia, dejé de socializar, pero no por apatía, no, no, yo quería seguir socializando, pero no podía porque me aparecía otra vez los miedos y ahora sí, cuando apareció fueron sabes qué más contundentes y sabes qué también fueron muy claros [...] (Paciente 1)

Además, existen casos peculiares en los que se presenta la enfermedad a raíz de un traumatismo, como lo detalla el Paciente 2, quien asegura comenzó su sintomatología después de un altercado con un compañero de trabajo, del cual recibió un golpe contundente en la nariz; a partir de ese momento comenzó a experimentar delirios paranoicos y persecutorios:

[...] los síntomas se manifestaron con una detonación o algo que lo detonó, porque recibí un golpe en la nariz [...] tuve una discusión con un compañero más grande que yo, de hecho dijo que era militar, ese señor, y empezó a empujarme, empezó a agredirme y me quise defender, pero ya cuando estuve un poco distraído sentí un golpe muy fuerte en la nariz, me pego con un cincel y me desvió el tabique, ahí empezó. [...] Desde ahí empezaron los síntomas. (Paciente 2)

Él relata que sus primeros síntomas iniciaron de la siguiente manera:

[...] me ardían las manos, me sudaban las manos, este, sentía que me estaba observando todo el mundo, sentía que me estaba observando toda la gente, no quería salir, si salía pues no salía tranquilo porque sentía que me estaban persiguiendo, sentía voces, escuchaba voces y también sentía muchos nervios, ya así de plano en mi cabeza sentía muchos nervios, en mi cuerpo recorrían todos los nervios y no había digamos una explicación que me diera alguien para saber qué era lo que estaba pasando y por eso también intente hacerme daño, porque nadie me hacía caso. (Paciente 2)

8.3. ¿Cómo vivieron los primeros síntomas los familiares de los sujetos diagnosticados con esquizofrenia?

Ahora bien, el padecimiento de la esquizofrenia está presente en dos vías, si bien el paciente es el que sufre en primera instancia con toda la sintomatología, como se mencionó

anteriormente, la familia también se encuentra implicada de manera indirecta, tal y como se relata a continuación: “[...] yo creo que ella tenía 37 años cuando recibió el diagnóstico [...] yo tenía como siete u ocho años, cuando se detonó el primer episodio psicótico, ahí fue cuando fue al hospital, estuvo internada, no teníamos ni idea de la enfermedad, no conocíamos esa enfermedad.” (Familiar 2), de esta manera y como en el apartado pasado, se debe tener en cuenta que cada experiencia es subjetiva y por lo tanto se convierte en única e irrepetible.

Nosotros encontramos como factor común entre los familiares entrevistados que en ambos casos estos sujetos eran muy jóvenes cuando empezaron a aparecer los primeros síntomas psicóticos en su familiar, “[...] yo me puedo acordar que el primer episodio en el que yo lo vi con algún delirio incluso, fue a los 11 años, que él este, empezó a tener ya más conductas relacionadas a lo psiquiátrico, conductas fuera de lo normal [...]” (Familiar 1), debido a esto, por las limitantes de la edad, los familiares; desconocían sobre la enfermedad y sus implicaciones, para ellos presenciar algo así era nuevo y fuera de lo común, por lo tanto esto les generó un gran impacto:

[...] tengo memoria de algunas ocasiones en las que nos asustábamos cada vez que tenía un crisis convulsiva o un ataque epiléptico, porque pues la verdad era algo nuevo para nosotros y además para un niño de 9-10 años que en este caso era la edad que yo tenía [...] (Familiar 1)

En el caso del Familiar 1, sumado al brote psicótico, este presentaba ataques epilépticos y una actitud desorganizada que atemorizaba a la familia desde el desconocimiento y la sorpresa de la sintomatología presentada por su familiar, como se menciona a continuación;

[...] pasaba no nada más de la neurosis de la que él de por sí padece desde joven, sino que también ya otro tipo de comportamientos y conductas, que pues son muy poco atípicas a una persona con epilepsia [...] tenía cerca de 12 años y sí nos asustó a toda la familia porque hacía unas caras, movimientos en la noches muy muy raros y que hasta incluso daban miedo [...] (Familiar 1)

Así mismo, como menciona Martínez, en su artículo Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia los “[...] familiares de pacientes con esquizofrenia señalan frente al diagnóstico

experimentar sentimientos de culpa, desesperación y miedo, debido a los cambios en la dinámica familiar.” (Martínez, et. al., 2020: 646), así como en la sintomatología del mismo, creando situaciones de angustia y momentos de tensión, como lo menciona el Familiar 1:

[...] uno de los que más todavía me recuerdo con mucho...en esa ocasión con mucho miedo, fue en nuestra casa en la que habitábamos donde él empezó a hablar con personas, empezó a hablar con la televisión, con anuncios que había en botellas, se empezó incluso a arrancar el pelo, a gritar, este... momentos en las que no dormía en toda la noche [...]
(Familiar 1)

8.4. Momento del diagnóstico y antecedentes de tratamiento

Consideramos pertinente mencionar cómo fue el acercamiento de los pacientes y sus familias a las diversas instituciones de salud, esto con el fin de poder llegar al diagnóstico y tratamiento “correcto”, además de conocer cuáles fueron los aspectos que se vieron transformados ante esta situación, empezando por las implicaciones emocionales que la enfermedad puede llegar a modificar, como lo menciona el Paciente 2: “[...] tenía, eh, 21 o 22 años, puede que sea un poquito más de tiempo que me diagnosticaron la enfermedad, [...] ay, en ese momento sentí muy gacho, muy gacho porque sentí que todo se había venido para abajo, este, que estaba super enfermo, fue una noticia muy desagradable, muy, muy, muy, este, pues muy inesperada [...]” (Paciente 2).

Primeramente, es importante mencionar que consideramos pertinente el acercamiento a la brevedad hacia la institución médica más aún cuando tomamos en cuenta que una enfermedad mental se puede llegar a manifestar en cualquier persona, ya que, en el caso de la esquizofrenia el diagnóstico oportuno y prematuro, podría favorecer el tratamiento y aumentar las posibilidades de estabilización al momento de presentarse un brote psicótico.

Sin embargo, pese a las buenas intenciones de la familia, a manera de respuesta en la preocupación hacia su paciente, en dónde en la mayoría de los casos, como ya se mencionó anteriormente el familiar con esquizofrenia presenta sintomatología de carácter importante, siendo esta una señal de alarma, queriendo muchas veces conducirlo a un lugar en dónde pueda ser atendidos, sin embargo, es probable que a veces no se canaliza de manera adecuada,

es decir, hacia el área correspondiente para dicha enfermedad, limitados por la falta de información o recursos y optando por vías alternas, además, consideramos que, si no es debidamente observado por un especialista en el área de la salud mental, se convierte en un obstáculo para el tratamiento de la esquizofrenia.

Por ejemplo, en el caso del Familiar 2, el primer acercamiento en respuesta a la atención a su familiar no fue a un especialista en el área de la salud mental, sino hacia un curandero y posteriormente de observar que no se presentó éxito alguno es cuando se decide acudir con un especialista en el área, siendo el siguiente su relato de la situación mencionada:

[...] los primeros intentos que yo recuerdo de mi familia, como de buscar ayuda o atender la problemática, no fueron al sector salud, yo creo que los primeros intentos que fueron más por parte de la familia de mi mamá, este, pues buscaron curanderos, como ese tipo de atención, ya cuando la situación empezó a representar un riesgo, que yo creo que lo que ya empezó a preocupar a otras personas, a mi papá, fue cuando ya decidieron llevarla, a alguna consulta con un médico. (Familiar 2)

Esto nos hace pensar en Foucault (1967) y en su escrito Historia de la locura en la época clásica, en donde a la enfermedad mental se le atribuía un origen demoníaco, durante la edad media, debido en su mayoría a la influencia de la iglesia. Tal vez podríamos preguntarnos si en el contexto específico de este paciente ¿aún permean estas creencias?, ya que, al observar que el primer filtro en la enfermedad de la esquizofrenia fue un curandero, sabemos que normalmente se les asocia a figuras o temas de origen espiritual, si bien, también debemos especificar que pueden ser meras conjeturas, a priori se podrían percibir ciertos indicios, en dónde la familia pensaba que era un tema espiritual y no un tema sobre salud mental.

Por otro lado, en otros casos los pacientes que presentan esquizofrenia no siempre cuentan con alguien que los guíe al momento de buscar atención en una institución que atienda la salud mental, por lo cual los obliga a buscar resguardo por sí mismos en dependencias gubernamentales. El Paciente 2 en primera instancia buscó apoyo psicológico en el DIF, para posteriormente ser dirigido a un institución más adecuada para su diagnóstico.

[...] acudí al DIF cuando estaba muy enfermo, cuando empecé con los síntomas y, este, pues me recomendaron en psicólogo, fui al área de psicología y les platicué como me sentía y me aconsejaron los doctores que, este, fuera al Instituto Nacional de Psiquiatría, pero, este, pues tuve que ir y tarde un poquito en ir, pero al final de cuentas logré ubicarlo. (Paciente 2)

Lo anterior, sumado a la falta en la red de apoyo familiar, lo llevó a que finalmente solicitará un lugar de resguardo como lo es un CAIS y que en su caso como paciente psiquiátrico, el adecuado fue en el que está establecido en el lugar de Cuemanco.¹² El CAIS Cuemanco no funge como una institución psiquiátrica, sino como un centro de integración social, en dónde la principal enfermedad que tienen la población es esquizofrenia, ya que el número de personas que la presentan es prevaeciente¹³ a diferencia de los demás padecimientos mentales que se observan en los pacientes de la institución, por lo que tiene áreas capacitadas para tratar con dicha población. El Paciente 2, nos relató cómo fue su proceso para llegar al CAIS Cuemanco, siendo su punto de partida el INPRFM:

[...] como tenía el apoyo de la doctora de aquí del Instituto se me hizo fácil pedirle que me consiguiera un lugar aquí en la ciudad para poder trabajar y poder vivir cerca de aquí, me gustó el lugar, o sea este rumbo digamos, este rumbo de la ciudad me agradó, me mandó con la trabajadora social y le pedí a la licenciada de trabajo social de la Clínica de TOC y Espectro, que pues, quería un lugar en dónde quedarme y me recomendó el CAIS Coruña, el CAIS Viaducto perdón, me mando para allá, [...] me dio un poco de dinero para el pasaje y la comida también, me presente en el CAIS Viaducto y entonces hablé con el personal que estaba en las oficinas, pero me estaban comentando que no me podían recibir, que solamente recibían personas que estaban abandonadas o que presentaban alguna enfermedad, alguna discapacidad más a fondo y pues me dijeron; "solamente que esperes, te puedes quedar esta noche aquí y esperar al director de CAIS Viaducto, para que puedan hablar; la doctora del Instituto y el director, que también trabajaba en el hospital Fray Bernardino Álvarez", entonces pues fue lo que hice, esperar al director de CAIS Viaducto y comunicarlo con la doctora, la doctora se encargó de hablar con él y pues esa noche me dejaron quedar, me acuerdo que me quede ya noche

¹² Si bien, existen actualmente 10 CAIS en la Ciudad de México, debemos especificar que nuestro entrevistado reside en el CAIS Cuemanco, siendo esta, una institución dedicada a atender personas que padezcan alguna enfermedad mental o cuenten con un diagnóstico antecedente y que presenten abandono social, rechazo familiar o que la familia no cuente con las posibilidades y/o recursos económicos para el sostenimiento de su paciente, lo cual es verificado mediante un estudio social.

¹³ Aunque también se puede vislumbrar entre los usuarios de esta institución: déficit intelectual, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno de la Personalidad.

en CAIS Viaducto y al siguiente día la camioneta que todos dicen que es la que acompaña a los muchachos cuando los traen; las brigadas, esa camioneta fue la que empezó a subir a algunos muchachos; junto conmigo, y a repartirlos en diferentes CAIS, a mí me tocó precisamente este CAIS, aquí en Cuemanco, era también un inconveniente en Viaducto, porque mi situación era psiquiátrica, o sea por decirlo así; el albergue necesitaba ser psiquiátrico para que me pudieran apoyar un poco más, en mi caso ¿no?, entonces me trajeron y me entrevistaron. (Paciente 2)

8.5. Experiencias con los especialistas

Después de explorar algunas de las vicisitudes que atraviesan los pacientes diagnosticados con esquizofrenia como lo es el desabasto de medicamentos, la falta de recursos económicos para sustentar el tratamiento indicado y oportuno de la enfermedad, la falta de redes de apoyo en las cuales sustentarse durante el desarrollo de la enfermedad o encontrarse inmerso dentro de un círculo familiar que mantenga una red de creencias e ideologías que no le permitan explorar alternativas de tratamiento que vayan más allá de su pensamiento, hay otro elemento importante que decidimos abordar debido a su importancia; la experiencia medicalizada que viven con los especialistas al momento de acudir para solicitar atención médica.

Consideramos que, dicha experiencia medicalizada con los especialistas resulta crucial en el momento en que los pacientes diagnosticados nos relatan la manera en que viven su enfermedad, ya que tiene un impacto directo en el pensamiento que forman hacia las instituciones psiquiátricas, ya sea por sus prácticas, la dinámica que plantean, creencias del psiquiatra o la personalidad del especialista, en este sentido, el médico psiquiatra se debe apegar a una serie de lineamientos que garanticen una buena praxis de la medicina psiquiátrica dentro del tratamiento de la esquizofrenia, respecto a esto Francisco Bohórquez (2004) refiere:

La relación médico-paciente (RMP) ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina. El acto médico se fundamenta en un convenio de confianza que obliga al médico a ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes [...]. Como encuentro entre dos personas la relación médico-paciente implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes [...] (Bohórquez, 2004)

En este sentido, la manera en que los médicos psiquiatras ejercen la medicina, moldea el pensamiento que el paciente diagnosticado tiene respecto a la institución psiquiátrica, así mismo, este pensamiento determina el tipo de experiencia medicalizada que el paciente vive en torno a su tratamiento, de esta forma, las prácticas bajo las que el psiquiatra maneje la consulta o el tratamiento, deben estar en constante actualización de métodos de acuerdo con los avances de la medicina, de no ser así, el tratamiento puede verse obsoleto o poco efectivo. Un ejemplo de esto, son las palabras del Familiar 2 entrevistado, quien menciona que:

Ya cuando yo empiezo a conocer más como de todo este ámbito, empiezo a identificar cosas pues como que no me encantaban de ese Psiquiatra; no se si llamarlo estigma específicamente, porque en realidad creo que tenía más que ver con que ya era un Psiquiatra muy grande, como de las viejas escuelas y su práctica estaba muy permeada, como con ideas muy rígidas, muy arraigadas, era muy confrontativo. (Familiar 2)

Si bien la relación médico-paciente está compuesta por varios elementos, la práctica profesional no debe perderse en ningún momento, recordando siempre que: “[...] el rasgo esencial de la relación médico paciente es el encuentro entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela. Los roles propios del médico según la O.M.S. son promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar las patologías y rehabilitarlas, [...] diagnosticar, pronosticar y tratar [...]” (Bohórquez, F. 2004:2) Por otra parte, el paciente no siempre percibe los mejores aspectos de la práctica profesional, llegando incluso a ser objeto de desplantes de los profesionales: “[...] ya te mencioné lo del doctor este Carlos Franco el viejito de la Castañeda, que fue el primer psiquiatra que me atendió y que lo desesperé mucho, y me mandó muy lejos y ya no quiso saber de mí [...]” (Paciente 1), para enmarcar esto, retomaremos las palabras de Francisco Bohórquez (2004) en donde nos dice que: “[...] la crisis en la relación médico-paciente está determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la interacción [...]” (Bohórquez 2004)

Aunado a esto, algunos pacientes relatan haber percibido una ambivalencia de trato por parte de los médicos psiquiatras, mientras que por una parte percibieron una personalidad rígida o severa, por otro lado, mencionaron la eficacia del diagnóstico que recibieron:

[...] oye una chulada doctor, [...] bueno, a lo mejor también por la edad, pero Carlos Franco como ya era un señor viejito como de 70 años, pues ya no me tenía paciencia, ya estaba ruco, a pesar de que él empoderaba mucho, de que tenía experiencia, y sí le dio muy bien al clavo de que luego, luego conmigo, dijo esquizofrenia y es esquizofrenia paranoide. (Paciente 1)

El encuentro con la institución psiquiátrica implica una serie de aspectos que van más allá del acercamiento a los lugares de atención a la esquizofrenia, este encuentro inicia con el primer contacto que los pacientes tengan con los especialistas a los que acuden cuando aparezcan los primeros síntomas, o bien, a la hora de llevar a cabo un tratamiento. Siendo el especialista un representante del discurso medicalizado de la institución psiquiátrica a la que pertenezca, de este modo, el paciente interpretará a la institución de la misma manera en que interprete al especialista que lo atienda, en este sentido, el médico psiquiatra debe garantizar los medios para que el paciente se sienta en un ambiente agradable o tranquilo, y de ser posible, llevar la relación a un plano más personal e íntimo, tal como propone Bohórquez (2004):

[...] la relación médico-paciente implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes”. (Bohórquez, F. 2004: 2)

Por otro lado, no en todos los casos el trato, así como el diagnóstico eran los adecuados, de acuerdo a Zenia Yébenes en su escrito Demencia precoz y esquizofrenia en México: relato de un silencio (2014) a finales de los años 20, el diagnóstico de esquizofrenia se realizaba “[...] sin parámetros uniformes y sin consenso entre los médicos, que una variedad de esquizofrenia se describía igual que otra [...] y que los cinco síntomas que aparecían en el expediente para validar el diagnóstico eran exactamente los mismos que los de la psicosis alcohólica [...]” (Yébenes, 2014: 198) es así que, uno de nuestros entrevistados mencionó haber pasado por un diagnóstico inadecuado:

[...] yo busqué la psicóloga [...] voy con ella, [...] habló la psicóloga con mi mamá y después habló con nosotros dos al final y, ¿cuál fue su diagnóstico o su conclusión? [...] dijo claramente, “pues yo, al muchacho, no lo veo tan problemático, más bien yo lo ataño

o lo atribuyó a la parte de la adolescencia [...] y por eso es rebelde [...] yo veo eso normal en él entonces, pues no hay problema. (Paciente 1)

8.6. Tratamientos que se ofrecen en el hospital psiquiátrico

En este apartado queremos destacar la oferta institucional al momento de presentar los tratamientos que se le brinda al paciente diagnosticado con esquizofrenia, tomando en cuenta que cada uno de los pacientes ha recorrido un historial de diversas instituciones y con ello diferentes tratamientos, tales como farmacológicos, psicoterapéuticos, grupos de apoyo con otros pacientes, entre otros, en dónde hay que considerar los recursos económicos de pacientes, así como los recursos que las instituciones psiquiátricas tengan a su alcance, como el tratamiento farmacológico o el personal profesional capacitado.

Hay que tomar en cuenta que los tratamientos dirigidos a atender la esquizofrenia “[...] se centran en ayudar a las personas a controlar sus síntomas, mejorar su funcionamiento diario y lograr metas personales en la vida, como [...] tener relaciones satisfactorias.” (National Institute of Mental Health, 2024), ahora bien, dejando claro esto, queremos guiarnos de los discursos de nuestros pacientes entrevistados para llevar a cabo este apartado, ya que, recordemos que anteriormente se tocó el tema de los tratamientos pero desde una perspectiva de los profesionales en el área de la salud mental.

Así, con base a los discursos de nuestros entrevistados que presentan esquizofrenia, tenemos que los principales tratamientos a los que tuvieron la oportunidad de acceder (como anteriormente se comentó en un pie de página) son: el tratamiento farmacológico y la intervención psicoterapéutica, como el Paciente 1 nos menciona

[...] una de las primeras terapias aquí en el instituto, que esas terapias, como apenas iniciaban, duraban exactamente 1 año, o sea la primer terapia que tomaron mis papás y yo aquí en el instituto, aquí en el Ramón de la Fuente y con la asesoría del doctor Héctor Ortega, empezó exactamente en el 99 y duró 1 año [...] era venir al principio, al principio era venir cada semana una vez a la semana para escuchar la plática [...] (Paciente 1)

Así mismo el Paciente 1 nos relató la experiencia por la que transcurría al momento de presentarse a las psicoterapias:

[...] en un principio era venir cada semana, no era mucho tiempo, era venir, recuerdo, eran como unas de dos a tres horas por semana, una vez a la semana [...] yo recuerdo que exactamente éramos 30 y se hizo la división 15 en a, 15 en b [...] bueno por la duración, que iba a ser muy largo 1 año, pues dijeron también que ha determinado tiempo se iba a alargar el tiempo de la terapia o sea, si al principio era una vez cada semana, después ya no iba a ser cada semana iba a hacer cada 15 días, pero de eso dependía mucho tanto del grupo, como de cada paciente [...] nos daban distintos tipos de terapia, que manual, que psicológica, que el terapeuta de hoy les va a hablar de esquizo, les va hablar ahora de los síntomas negativos, positivos o sea, nos informaban bien, hasta eso estaba muy bien. (Paciente 1)

Tomando en cuenta la función que dichos tratamientos deberían de satisfacer y que en el anterior párrafo se mencionó, nos es necesario cuestionarnos si en el caso de nuestros entrevistados ¿de verdad estos tratamientos cumplieron su función?, si bien, sabemos que el tratamiento farmacológico es de gran relevancia, ya que, “[...] los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar a que los síntomas psicóticos sean menos intensos y menos frecuentes. Por lo general, estos medicamentos se toman todos los días en forma de pastilla o líquido.” (National Institute of Mental Health, 2024), pero, es importante mencionar que no en todos los casos los pacientes con esquizofrenia tienen la oportunidad de acceder a los fármacos, como en el caso del Paciente 2 que nos comentó lo siguiente:

Sí, al inicio me empezaron a dar muestras de Olanzapina con Fluoxetina, juntas, que se llama Symbyax, no sé si todavía esté en el mercado ese medicamento, pero es el que me daban las muestras para tomármelo en las mañanas y en la noche, la Olanzapina era el antipsicótico y la Fluoxetina era el antidepresivo, pero no me los podía costear, ni tenía el apoyo de mi familia. (Paciente 2)

8.7. Internamiento

Una de las partes más polémicas acerca de la institución psiquiátrica, es en cuanto a las prácticas y procedimientos que se suscitan en la situación en la que se requiera un internamiento, según refiere el Paciente 2, él estuvo internado en dos hospitales, el primero, “[...] en el hospital Fray Bernardino era muy drástico el trato, porque si te ponías mal y empezabas a presentar síntomas pues te amarraban y te inyectaban [...]” (Paciente 2). Por otro lado, él menciona que también estuvo internado en el “[...] Ramón de la Fuente, en el

Instituto Nacional de Psiquiatría, pues si uno presentaba algunos síntomas iba el médico, sí, se presentaba el médico, y pues a mí nunca me amarraron en el Instituto Nacional de Psiquiatría.” (Paciente 2), como equipo observamos que existe gran diferencia en las instituciones a las que pueden acceder los pacientes con esquizofrenia, repercutiendo así en su experiencia medicalizada. Del mismo modo, uno de los familiares nos relata lo siguiente “[...] tuvimos el caso de haberlo llevado a...a hospitales psiquiátricos pero la verdad eran los, los protocolos eran muy estrictos y el acceso a estos también era muy limitado [...]” (Familiar 1), en este sentido debemos cuestionarnos si realmente la institución psiquiátrica atiende a los sujetos desde una mirada que vaya más allá de simplemente encasillarlos como “sujetos enfermos” y pueda verlos desde una perspectiva humanizada.

Como ya se ha mencionado previamente en otros apartados, la experiencia medicalizada que se vive es subjetiva, única e irrepetible. Por lo tanto, puede ser esta experiencia un tanto más displacentera para unos que para otros, por no decir violentas y traumáticas, como en el caso del paciente número 4:

[...] hubo ciertos conflictos, yo creo que, sí son relevantes, pero no quiero mencionarlos y a final de cuentas terminé en intento de suicidio [...] entonces se me internó, estuve internado en el IMSS, eh, mm, mi padecimiento estaba muy agudo, ya no sabía ni qué tiempo, ni qué fecha era [...] una de las cosas que ya en esa estancia, me acuerdo que se me aplicaron electroshock, que me dieron medicamentos [...]. (Paciente 4)

Pese al padecimiento agudo que presentó el paciente, el tratamiento que recibió violentó todo tipo de derechos hacia su persona, recordemos que los electroshocks junto con la lobotomía son considerados como un acto de violencia mayor y deshumanizante, estos fueron unos de los procedimientos y tratos que impulsaron la crítica a la atención del enfermo mental y por ende, el surgimiento del movimiento antipsiquiatría, como mencionamos antes en el apartado Antipsiquiatría y reformas psiquiátricas. Los malos tratos previos pueden generar una noción de desconfianza e inclusive miedo a la institución, por los posibles tratamientos que pudieran recibir, como lo menciona el Paciente 4 “[...] yo sabía que había algo mal en mí pero no, yo pensaba que, si se lo contaban a los médicos, me iban a encerrar para toda la vida [...] ” (Paciente 4)

La impotencia y frustración de los familiares llegan a magnitudes considerables, donde incluso el encierro puede considerarse una solución, aislando al paciente con esquizofrenia en determinados internamientos, este tema se abordará más adelante, ya que, muchas veces la familia no tiene las herramientas para poder optar por soluciones diversas, como lo menciona el Familiar 1 “[...] recuerdo en ese momento que ahí sí fue cuando tuvimos miedo mi mamá y yo que tuvimos que aislarlo, dejarlo a él encerrado en la en su habitación y de alguna forma pues esperar a que se le pasara [...]” (Familiar 1)

9. Experiencia subjetiva de vivir con esquizofrenia

Finalmente, en este tercer y último capítulo analítico, pretendemos abordar las significaciones de vivir con esquizofrenia, así como la experiencia medicalizada que ello implica, para tratar de comprender qué es lo que los propios pacientes y los familiares entienden acerca de la misma y cómo es que llevan a cabo su vida cotidiana; así como también los mecanismos psicosociales que se desenvuelven en torno a la enfermedad mental, es decir, la percepción que tienen de cómo los observa la sociedad, esto juega un papel importante en la subjetivación de quienes tienen dicho diagnóstico, a su vez, se ve afectado el estilo de vida de las personas que son partícipes en su círculo social más cercano.

9.1. Pacientes

La sociedad asocia la palabra esquizofrenia con significaciones erróneas, esto puede deberse en parte a prejuicios, una mala información por parte de la sociedad respecto a la enfermedad y a diversas definiciones que establecen algunos organismos gubernamentales del sector salud; por ejemplo la definición propuesta por el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad del gobierno de la Ciudad de México (2016), en donde establece que una discapacidad psicosocial (la cual es la categoría donde se establece la esquizofrenia), es la “[...] limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas.” (Gobierno de la Ciudad de México, 2016)

Consideramos, que si bien la esquizofrenia limita, no anula por completo (en los casos no tan severos), presentar funcionalidad y productividad en su vida diaria, por lo que, sería pertinente no generalizar que todos los pacientes que presentan esquizofrenia son funcionales, pero tampoco que todos son disfuncionales al grado de inhabilitación. En este sentido, la OMS (2010), en la publicación de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (CIF), menciona que: “[...] desde el punto de vista legal y clínico, a un nivel de daño funcional suficiente para impedir la mayoría de las actividades de la vida diaria. El grado de discapacidad y funcionalidad de una persona no depende solamente de la

presencia de síntomas físicos o mentales; se relaciona también con las barreras o facilitadores medioambientales ante una enfermedad determinada.” (OMS, 2010) de esta forma es posible ver que el concepto de funcionalidad está estrechamente ligado al concepto de discapacidad, sin embargo, pensar que las personas diagnosticadas con esquizofrenia deben verse como discapacitadas sería un error. Dentro de este contexto, también la OMS (2022) menciona que al “[...] menos un tercio de las personas con esquizofrenia experimentan una remisión completa de los síntomas”. (OMS, 2022), lo que nos demuestra que hay gente que puede llevar una vida regular y ser funcionales, en cierta medida, por ejemplo el paciente 4 nos relata que cuenta con tiempos recreativos para aficiones/hobbies y menciona que promueve su aprendizaje continuo mediante la lectura y la música “[...] me pongo a leer tanto temas de medicina, como temas de física y me encanta leer lo que se publica a nivel de divulgación de las ideas de Albert Einstein y Stephen Hawking, [...] aparte de que me encanta la música” (Paciente 4), de igual manera, asiste en las labores del hogar, “[...] mis labores son ir por la comida, ir a comprar lo que se necesite, a veces cuando se hacen los depósitos bancarios, retirar el dinero, pagar los servicios [...], (Paciente 4) así como también, realiza pequeños encargos fuera de casa e inclusive trabaja para generar un ingreso extra como apoyo hacia su familia “[...] como yo soy músico guitarrista, recaudo dinero por ese medio [...]”; “[...] porque nos daban el dinero, yo trabajaba, mi parte de la chamba era hacer el proyecto, diseñar, redactar, presentarlo y ya luego veíamos cómo hacer el presupuesto bien [...]” (Paciente 4), lo anterior nos hace preguntarnos si ¿la persona que presenta esquizofrenia es un discapacitado o el entorno y sus nociones lo discapacitan?, por otro lado, mediante el discurso de este mismo paciente, podemos notar que percibe y entiende bastante bien su diagnóstico y que entiende que si bien no se cura, puede controlarse y permitirle llevar un estilo de vida más sano: “Yo estoy consciente de que lo que tengo no se cura [...]” (Paciente 4), por esta misma razón tiene una noción correcta respecto a los cuidados que debe llevar en cuanto a la enfermedad.

El vivir con esquizofrenia no involucra solamente cómo llevan los pacientes a cabo su día a día, sino también la parte de su autocuidado, el correcto seguimiento del tratamiento, los apoyos de programas psicoeducativos, metacognitivos y el sondeo constante de sus síntomas por ellos mismos y sus familiares. Como lo mencionamos en apartados anteriores, es

importante el cuidado de su salud mental, para de esta forma promover la estabilización y control de la misma; lo cual les provee herramientas para poder afrontar crisis y evitar recaídas.

Hay ciertas recaídas, pero no ameritan hospitalización, muchas veces con que yo me tranquilice u oiga música o haga ejercicios de respiración, de yoga [...] “; “[...] acudo a los tratamientos, también acudo aquí al Instituto Nacional, Instituto Mexicano de Psiquiatría, para que se me dé apoyo psicológico [...] cognitivo conductual (Paciente 4).

La correcta realización de los puntos previos, llevan a los pacientes a un sentido de plenitud y mejoría, lo que contribuye a una noción sana respecto a ellos mismos y el proceso de cómo transitan su enfermedad, como lo menciona el paciente 1. “[...] esto me ha ayudado mucho a ser una persona, pues integra, comprometida con la sociedad a pesar de que tengo un trastorno mental [...]”. (Paciente 1)

9.2. Familiares

Hemos explicado el vivir con esquizofrenia desde la perspectiva del paciente, pero en este apartado, analizaremos esa experiencia desde el punto de vista familiar, porque es una parte clave a modo de extensión psicosocial y para el funcionamiento del tratamiento. Deben de establecerse esfuerzos más allá de los límites familiares para lograr amoldarse a la dinámica del paciente con esquizofrenia, como lo menciona el Familiar 2 “[...] nosotros como familia hemos tenido que aprender a convivir, incluso hasta cierto grado normalizar [...] ” (Familiar 2).

Las familias o las personas con quien se relacionan los afectados de esquizofrenia son uno de los grandes apoyos para afrontar el trastorno. Es importante la inclusión de estas personas en el tratamiento (Instituto Argones de Ciencias de la Salud, 2009)

Específicamente en el contexto del Familiar 2 se presentan dos problemáticas principales en la interacción con su paciente; por un lado, el idear propuestas para la socialización e interacción con su familiar: “Pues normalmente estoy buscando que hagamos alguna actividad en conjunto [...] ” (Familiar 2), teniendo que valerse de creatividad, disposición y tiempo para encontrar una actividad en la que pueda desempeñarse un ambiente óptimo para

su familiar, como lo indica a continuación: “Entonces normalmente lo que yo busco es que pensemos, o sea preguntarle a ella como ¿Qué quieres que hagamos hoy? ¿Qué se te ocurre?, a veces salir de casa a comer, eh, no sé, digamos ir al cine [...]” (Familiar 2). Por otro lado, el segundo problema presente en la interacción con la persona diagnosticada con esquizofrenia es la dificultad de aceptar el tratamiento y adherencia al mismo, como se relata en el discurso; “[...] siempre batallamos mucho para que acepte mantenerse en seguimiento, etc.” (Familiar 2), así como también existe dificultad al aceptar seguimiento por especialistas en la institución mental: “[...] para ella no era agradable ir a su consulta [...] él siquiera intentar decirle que íbamos a consulta para ella, era como “no, porque ya sé que me quieren internar”.” (Familiar 2)

Estos discursos de parte de los familiares son el reflejo de la experiencia subjetiva que atraviesa a su familiar diagnosticado, ya que esa renuencia a presentarse a consultas o una tajante respuesta negativa a un posible internamiento es la realidad de la relación paciente-institución, dada por las condiciones sociales y estructurales que rodean a la atención a la enfermedad mental.

9.3. Extrañeza y estigma

En este último apartado se pretende mostrar la existencia de procesos estigmatizadores y/o discriminatorios de la sociedad y de los cuales son objeto las personas diagnosticadas con esquizofrenia, ya que en torno a la enfermedad, los procesos de significación dan cuenta de la manera en que se percibe a la población con dicho diagnóstico y es a través de las experiencias subjetivas recabadas en las entrevistas de nuestros tres grupos participantes; pacientes, familiares y profesionales, por las cuales mostraremos las distintas implicaciones psicosociales que rodean a la enfermedad como lo es la violencia.

La sociedad determina las características que una persona debe presentar para categorizarla como “normal” y son representativas dependiendo el contexto socio - cultural, espacio geográfico, época en la que se sitúa, raza, nivel socioeconómico, capacidad intelectual, género, etc. En el caso de presentar una enfermedad mental como lo es la esquizofrenia, se

vuelven parte de lo anormal lo diferente, lo extraño, se crea una etiqueta que los marca, tal como lo menciona el Paciente 1 “[...] son personas con un padecimiento que se llama esquizofrenia, pero el hecho de que tengan el padecimiento esquizofrenia a mucha gente no, no, no le den el derecho de que los tache y los etiquete como esquizofrénico.” (Paciente 1) Para la medicina, “[...] lo normal designa el estado habitual de los órganos y su estado ideal [...]” (Canguilhem, 1978), es decir, lo normal se percibe como el estado físico donde no hay alteración alguna del medio que intervenga en el desarrollo de las facultades físicas de un sujeto, en este sentido, cuando no se obtiene el estado ideal físico, se percibe como anormal. Sin embargo, esta visión cuadrada, reduccionista y etiquetadora, nos llevó a cuestionarnos: ¿Qué es normal ?, ¿quién lo dicta y desde qué privilegio? Según Durkheim (1974) la “[...] normalidad es un estado de cosas que se observan en la mayoría de los casos, en un momento dado, en una sociedad determinada”. (Durkheim, 1974:63-65) En opinión del equipo la normalidad es subjetiva y compartimos la idea de la Psicóloga 1. “[...] ¿dejas de ser normal si tienes alergias? ¿dejas de ser normal si tienes alguna enfermedad inmune? La manera en la que se conceptualiza es que hay algo que es anormal, extraño, que no debería de estar ahí [...]”. Una condición médica, no te vuelve anormal, solo una persona con circunstancias diferentes, como mencionó anteriormente la Psicóloga 1, el concepto puede estar jugando un papel importante en el contexto que se desarrolle, porque no se estigmatiza a alguien con gripe, pese a que no es un estado de salud “normal” pero sí a una persona diagnosticada con esquizofrenia. Por otro lado, consideramos que todo el mundo presenta algo de “anormal” solo que constantemente estamos siendo regulados por normas de comportamiento social, para poder establecer vínculos socio - afectivos.

De esta manera, debemos recordar que la “[...] creación imaginaria actúa en la práctica como sentido organizador del comportamiento humano y de las relaciones sociales [...]” (Bernal, et. al., 2013:32), en este sentido el imaginario social¹⁴ toma gran relevancia al momento de englobar elementos representativos de un “algo”, se basa en el recorrido de cada sujeto para instituir opiniones y referentes dirigidos a envolver en ciertas definiciones y/o

¹⁴ Cuando hablamos del imaginario social y en base a Angela Arruda (2020), nos referimos al proceso que como sujetos llevamos a cabo al constituir y crear mediante representaciones, convicciones, modelos y creencias que nos son establecidas al ser partícipes de una sociedad. (Arruda, 2020)

especificaciones a cada aspecto que nos rodea. Podemos observar que el imaginario social le da una gran responsabilidad a las personas que presentan esquizofrenia, ya que al ser una construcción en conjunto con personas con modelos “normales” preestablecidos, el “anormal” no haya su lugar y es remitido a la crítica y la hostilidad, como lo menciona el Psiquiatra 1: “[...] se observa como los familiares tienden a tener ideas de que sus pacientes están “locos”, de que son a veces “tontos [...]” (Psiquiatra 1).

En el caso de la enfermedad mental se le ha “[...] considerado comúnmente por la sociedad como comportamiento nocivo digno de escarnio, de hostilidad y de otras sanciones sociales negativas.” (Bernal, et. al., 2013: 36), en donde se producen discursos que justifican las conductas que tienden a criticar, encubriendo tras un estigma la experiencia medicalizada por la que transcurren las personas con alguna enfermedad mental, como lo es la esquizofrenia, al respecto la Psicóloga 1 menciona lo siguiente: “[...] el estigma de los pacientes con esquizofrenia es que son violentos, es una mentira que se van a salir de control en cualquier momento que están fuera de la realidad todo el tiempo, es que son estigmas.” (Psicóloga 1) Lo anterior da pie a señalar y excluir a quien presenta una enfermedad mental, como lo es la esquizofrenia.

[...] la exclusión del enfermo mental tiene sus antecedentes inmediatos en la lepra, que durante las cruzadas se extendió por todo Europa y posteriormente en las enfermedades venéreas, que a diferencia de la enfermedad mental fueron adoptadas únicamente en el ámbito médico; mostrando así, que muchas veces la clasificación, y aislamiento de las enfermedades (psíquicas o físicas) es la mejor manera de afrontar el problema. (Foucault, 1967)

Si bien, los imaginarios sociales establecen ciertas características a la definición de “enfermedad mental”, tomando en cuenta a Marta Alcaraz (2021) a lo largo del tiempo se le han atribuido diversos aspectos en donde se menciona ser producto de causas demoníacas y castigos de dioses, hasta requerir el poder de lo divino y la religión para curar dichas enfermedades, provocando de una u otra manera que los sujetos presenten obstáculos para integrarse socialmente, como nos lo menciona el Familiar 2: “Y fuera de la institución, como la sociedad, sí he percibido estigma en ese sentido, desde la perspectiva de familiares y especialistas el estigma se presenta. [...]” (Familiar 2).

Así mismo, Alcaraz menciona que en “[...] el siglo XXI, es evidente la relación que hay entre la exclusión social y los trastornos mentales, ya que a lo largo de la historia este colectivo ha sido muy mal considerado y discriminado.” (Trigo, 2016 en Alcaraz, 2021:52). Por lo que, se pueden presentar escenarios discriminatorios al negar ciertas demandas por parte de las personas que padecen esquizofrenia, por ejemplo de recibir servicios, como nos menciona la Psicóloga 1: “[...] el problema es que el que tú le digas a alguien que tienes una condición de salud mental limite tu acceso a otros servicios de salud” (Psicóloga 1). O por padecer esta enfermedad psicosocial se desestime la veracidad de los relatos externados, debido a supuestos equívocos que comprometen el juicio del diagnosticado, como podemos ver con el paciente 4 “[...] a lo mejor alguien sabiendo mi diagnóstico diría que esto es una fantasía y que lo que refiero es algo irreal [...]” (Paciente 4).

Pero ¿de dónde provienen estas reacciones que se nombran como discriminación?, como equipo, concordamos que provendría del sentido de extrañeza de la que habla Olga Sabido en su texto *El extraño como relación social* (2012), el extraño más que una persona física es una forma social. “El extraño es una forma pues no se entiende sin una relación que lo defina como tal; sólo se es extraño en relación a otros” (Sabido, 2012: 17). Entonces, las personas de manera consciente o inconsciente, mediante la diferencia afirman que, lo que no es uno es lo que está mal, lo que se debe evitar, esa diferencia los vuelve inferiores e inclusive en ocasiones deshumaniza a la persona diferente. Esto coloca a la persona diagnosticada con esquizofrenia en una posición de vulnerabilidad, lo que puede repercutir en un desenvolvimiento negativo en la sociedad causando que sufran rechazo o tratos discriminatorios, no sólo desde la sociedad, sino también la institución e inclusive la familia, como lo menciona la Psicóloga 1: “[...] fijate que vas a trabajar con el compañero que tiene esquizofrenia y la gran mayoría de las personas, estarían mordiéndose las uñas, porque el estigma es real [...]” (Psicóloga 1)

De esta manera, nos preguntamos ¿por qué circunstancias deben pasar las personas diagnosticadas con esquizofrenia si sus redes de apoyo son las mismas que fallan en primera

instancia?, ¿cómo afecta sus procesos de integración hacia una correcta inclusión social?, ¿qué procesos de subjetivación se desarrollan en su cabeza al tener que lidiar con factores orgánicos y factores externos al mismo tiempo?, creemos que dicha segregación socio-cultural y que promueve la discriminación proviene de la diferencia, desde el otro, ese otro que no soy, pero que marca una constante división, en este caso el sano y el enfermo. Para que exista lo bueno debe existir lo malo, para que exista lo normal debe existir lo anormal, son diversas dicotomías las que se juegan. Lo desconocido perturba, lo diferente genera extrañeza, como refiere la Psicóloga 1 “[...] otros hospitales, que no están como muy familiarizados con esto, es muy humano porque ante lo desconocido la gente se va pa’atrás, pero hay, claro que hay estigma en otras instituciones [...]” “En dicho sentido, cabe destacar que lo extraño se explica siempre en contraste con lo propio y lo familiar” (Sabido, 2012: 17)

De tal forma que, las personas con alguna enfermedad mental tienden al aislamiento y a la no integración social, por lo que, es importante mencionar que es indispensable el apoyo de quienes lo rodean, donde casi siempre nos referimos a la familia.

En la mayoría de las ocasiones, si no se superan los diferentes aspectos que componen la exclusión social, en un porcentaje elevado de los pacientes con enfermedad mental, esta puede empeorar o dificultar su recuperación, ya que en ocasiones lo que los pacientes necesitan es encontrar apoyo (Castillo & Abimelec, 2018 en Alcaraz, 2021: 55)

Por tal motivo, la esquizofrenia no puede observarse a un nivel particular, en dónde solo se tome en cuenta al paciente, sino que más bien debemos intentar comprender el entorno en el que se desenvuelve la enfermedad, así como quienes participan en ella. “Las personas con enfermedades psiquiátricas tienen necesidades particulares, y esto los convierte en un grupo vulnerable y dependientes del sistema y de sus familias, en las ocasiones que no son capaces de llevar la situación.” (Trigo, 2016 en Alcaraz, 2021: 52). Así nos lo menciona el Paciente 4: “[...] quien me atiende, quien me ayuda más que todo es mi hermana Gloria. Comemos juntos, a veces ella va por la comida, a veces voy yo, compramos las cosas en el mercado, nos acompañamos para retirar el dinero del banco Bienestar [...]” (Paciente 4)

En este sentido, la dinámica familiar representa uno de los elementos más importantes a la

hora de intentar comprender la atención a la esquizofrenia, así nos lo relata en su discurso el Paciente 4: “[...] mi hermana de setenta y dos años lava la ropa y este [...] cuida de mí porque, por lo menos una vez que tuve una recaída, llamó a la ambulancia, cosa que nadie más hizo [...]” (Paciente 4)

Para enmarcar esto, es necesario establecer la diferenciación entre atención y cuidado, que, de acuerdo con Felix Kindelán: “[...] cuidar consiste en un modelo de práctica social participativa que incluye: promoción, prevención, curación y rehabilitación, ya sea en el escenario del hospital o en las áreas de salud.”, mientras que “[...] la atención se abstrae a la comprensión de un momento de la realidad, se concibe de manera sensorial y se limita a la evaluación contemplativa del individuo.” (Kindelán, 2013) Asimismo, el cuidado está relacionado directamente con la carga afectiva que la relación con el paciente dé como resultado. Como menciona Alejandro Cruz (2001) en el caso de las familias con pacientes que presentan esquizofrenia:

[...] será importante ver la forma en que el sujeto es introducido a la dinámica familiar, porque así se comprende el trato y los patrones de conducta que recibirá y hará suyos para el resto de su vida. La familia puede sustentar el poder, exigiendo a aquellos a quienes integran a su dinámica, no solamente la adaptación a una situación determinada y quizá, frustrante, sino que la familia a su vez, somete a sus miembros a la rigidez de sus preceptos. (Cruz, 2001: 77)

De esta manera podemos observar que toda situación resultante de la interacción entre el paciente con esquizofrenia y sus familiares tendrá un resultado en la experiencia subjetiva de quienes son partícipes, siendo así que la atención a la esquizofrenia se presenta en su primer encuentro con la familia, obteniendo resultados semejantes al tipo de vínculo y/o relación que se suscite.

Como pudimos notar, es sobresaliente que la estigmatización permea en diversos aspectos sociales y ni siquiera ser un profesional de la salud mental te libra de caer en ese proceso de etiquetado y discriminación, pero, algunos especialistas mencionan la importancia hacia los pacientes de no dejar definirse por una etiqueta y reflexionar que más allá de una enfermedad, en primera instancia son una persona, como podemos observar en el discurso de la Psicóloga

1 y el Paciente 1 “[...] por qué las condiciones en salud mental tendrían que ser una etiqueta que sea que se vuelva parte de la identidad del sujeto [...] somos muchas cosas antes que nuestro diagnóstico. Las personas no son sus síntomas, las personas son ellos y sus circunstancias. [...]” (Psicóloga 1); “[...] “ustedes como pacientes deben de darse a respetar en este tipo de trastornos mentales hay mucho estigma y tabú,[...] “ (Paciente 1). “En este caso, los extraños además de ser considerados ajenos a nuestro mundo son percibidos como inferiores.” (Sabido, 2012: 18).

Existen diversas formas y maneras en las que se puede manifestar la extrañeza, como, por ejemplo; mediante la corporalidad, en dónde la persona que padece esquizofrenia posee una lista de características, que la mayoría de las veces lo clasifican en lo inusual, “[...] lo que resulta sociológicamente relevante es la experiencia corpóreo-afectiva que permite que se activen mecanismos para marcar límites y señalar que éste o aquél no es de aquí, que es extraño, ajeno a nuestro mundo.” (Sabido, 2012: 18)

Un último comentario que es mencionado por la Psicóloga 2 es que la mayoría de la información en cuanto a la esquizofrenia es difundida por medio de fuentes informales, por los cuales, se entienden aspectos de la enfermedad de una manera errónea, esta mala información contribuye a acrecentar los procesos discriminatorios y estigmatizadores, como lo comenta la Psicóloga 2: “[...] a nivel social si hay mucho estigma, hay creencias muy fuertes o muy importantes respecto a [...] lo que vemos en los medios de comunicación, ideas de, como estereotipos muy marcados de cómo es una persona con esquizofrenia, que son personas peligrosas, que hay que tenerles cuidado, que son personas incapaces, que no son capaces de hacer las cosas etc. [...]” (Psicóloga 2)

10. Reflexiones finales

Nuestra investigación partió desde la idea de las significaciones y procesos de subjetivación, así como los procesos psicosociales que se conjugan en la persona diagnosticada con esquizofrenia, mediante su experiencia medicalizada a través de la institución y cómo este padecimiento afecta al mismo, sus familiares o cuidadores y sus múltiples esferas sociales. Lo anterior fue propuesto mediante una aproximación metodológica de tipo cualitativo (entrevistas semi estructuradas) realizadas a pacientes, familiares y especialistas en el área de la salud mental, con la finalidad de percibir indicios de anudamientos relevantes que conectaran a estos 3 participantes, en un modo de triangulación, donde se encontraba en el centro la siguiente interrogante ¿qué significa vivir con esquizofrenia?

Se percibieron diversos cuestionamientos respecto a la estructura y gestión de la institución, respecto al diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia, tanto por parte de psiquiatras como de psicólogos, en las que se destacaron severas limitaciones en cuanto a recursos económicos, así como de la falta de personal. Aunado a lo anterior, sobresalió la existencia de una deficiente enseñanza o preparación, previa a salir de la carrera universitaria, además observamos en los relatos de los especialistas que incluso en el gremio del personal de salud, existen profesionales que ejercen procesos estigmatizadores hacia los pacientes, este estigma lo percibimos en la misma medida dentro del círculo familiar y por parte de la sociedad.

También pudimos notar el discurso de nuestros entrevistados que, el diagnóstico de esquizofrenia no es un impedimento para realizar actividades básicas e inclusive, en algunos casos tampoco lo es para trabajar, cabe aclarar que esto no es en el 100% de los casos, ya que, en los cuadros severos de esquizofrenia no se puede esperar autonomía de ningún tipo, por lo que, respecto a las personas que tienen esquizofrenia, la capacidad de desarrollar sus actividades diarias depende estrechamente del grado de la enfermedad y su contexto sociocultural.

Así mismo, pudimos observar cómo los programas psicoeducativos y metacognitivos, así como sesiones grupales en el Instituto Nacional de Psiquiatría eran una base sólida para la

recreación, reflexión y entendimiento de la enfermedad, por lo que, los pacientes perciben estas actividades como una fuente que les provee de herramientas de contención y autocontrol en caso de enfrentar crisis, dichas herramientas fueron señaladas tanto por los pacientes, como por los profesionales en el área de la salud mental, las cuales tienen como propósito reducir el índice de recaídas que ameriten hospitalización.

Por otro lado, es de gran relevancia el repetitivo problema que conlleva para los pacientes acceder a los tratamientos farmacológicos, lo anterior, relacionado a los costos elevados de los medicamentos, ya que no todas las personas diagnosticadas con esquizofrenia o sus familiares cuentan con la solvencia económica adecuada y dependen de la gratuidad otorgada por la Secretaría de Salud, en donde lamentablemente, la mala gestión administrativa de este sector, así como el incremento de la población con esquizofrenia, dan lugar a que no todos los medicamentos se encuentren en la institución y que por lo tanto exista un desabasto. Los pacientes, familiares y especialistas señalaron que todo esto dificulta un buen pronóstico ante la esquizofrenia y demerita las estrategias terapéuticas previamente mencionadas.

En cuanto a la familia, observamos que existe un sentimiento de gran responsabilidad, en algunos de nuestros entrevistados esta responsabilidad se manifestó en actividades que van desde el acompañamiento terapéutico, como realizar una agenda para actividades que promuevan la interacción social y recreativa, además de acudir a citas de ajuste o valoración médica y farmacológica, es tal la inmersión en torno al mejoramiento de la enfermedad, que el familiar vive por y para la persona diagnosticada.

Así, con lo mencionado y mediante los discursos obtenidos durante todo el trabajo de campo, podemos llegar a reflexionar acerca de la experiencia medicalizada que viven pacientes y sus familiares, por lo que, mencionaremos algunos factores que dificultan la experiencia de vivir con esquizofrenia:

- La estructura y gestión de la institución destacando severas limitaciones en cuanto a recursos físicos y económicos, como en falta de personal.
- La preparación deficiente de los especialistas en salud mental desde la

formación universitaria.

- Los procesos de estigmatización que siguen vigentes en la sociedad.
- El factor económico respecto al tratamiento farmacológico.
- No contar con una red de apoyo familiar.
- Mala o nula información en cuanto a salud mental.

De esta manera, en última instancia pretendemos comentar acerca de los temas que nos hubiera gustado abordar respecto a la esquizofrenia, comenzando por la comparativa entre géneros cuando se presenta dicho diagnóstico, ya que, no tuvimos la oportunidad de entrevistar a ninguna mujer con esta enfermedad, así como, al principio de la investigación se mencionó, hubiera sido de nuestro interés el realizar una historia de vida de uno o varios pacientes con esquizofrenia, con el propósito de dar a conocer historias que en muchas ocasiones quedan en el olvido, teniendo experiencias sobresalientes en el relato de las mismas.

11. Bibliografía

Abeleira, Germán (2012) Esquizofrenia. Universidad de Salamanca: 157 - 171 pp.

Alcaraz, Marta (2021). “Exclusión social en el enfermo mental” en Esquizofrenia. Enfermedad Mental y Estigma Social. Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Murcia, Murcia: 49 - 55 pp.

American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), 1ª Ed. Barcelona: Editorial MASSON.

Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M. I., Fernández, M. A., Ares Lavalle, G., Borelli, M., & Stolkiner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colectiva*, 12(2), 265-278.

Arrosamena, Rosa; Fagoaga, Eliceche & Calleja, Virginia. (2015) Enfermería en la prevención de síndrome del cuidador en Cuidadores del paciente esquizofrénico. 16º Congreso Virtual de Psiquiatría.com.Interpsiquis.

Arruda, Angela (2020). “Imaginario social, imagen y representación social” en *Cultura y representaciones sociales*. Vol.15, No. 29. Ciudad de México, México: 37 - 62 pp.

Bahena, Ricardo; Flores, Gonzalo & Arias, José. (2000) Dopamina: síntesis, liberación y receptores en el Sistema Nervioso Central.

Basaglia, Franco (1971) Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. México. Siglo XX: 308 pp.

Battista, Julieta (2011) Orientaciones en el tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.

Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires: 215 pp.

Bautista, Sergio. (2024) La gratuidad del acceso a la salud en México: un compromiso nacional hacia la equidad y la justicia. Gobierno de México, Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible: <https://www.insp.mx/informacion-relevante/la-gratuidad-del-acceso-a-la-salud-en-mexico-un-compromiso-nacional-hacia-la-equidad-y-la-justicia>

Bernal, Edwin; Correa, Rosalía & Mendoza, Vladimir (2013). “Institucionalización de la locura del sujeto y su tránsito a la enfermedad mental”. Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, Ciudad de México, México.

Berrios, Germán., (1997) Revista de Neuro-Psiquiatría. Aspectos Históricos de la Psicosis: Experiencias del Siglo XIX. 1:6-14.

Bohórquez, Francisco. (2004) El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa. 1(1):1-18

Braunstein, Nestor (1982) “Primera parte: El objetivo de la psicología” en Psicología: ideología y ciencia. Ciudad de México, México, siglo veintiuno editores, octava edición: 7 - 108 pp.

Canguilhem, Georges (1978) “Lo normal y lo patológico”, Ciudad de México, México, Siglo Veintiuno Editores, segunda edición: 91 pp.

Cosentino, Carlos. (1998) “Historia de la Neurología” en Revista de Neurología Vol. (4):31.

Crespo-Facorro, Benedicto; Bernardo, Argimon, Josep María., Arrojo, Manuel., Bravo-Ortíz, María Fe., Cabrera-Cifuentes, Ana., Carretero-Román, Julián., Franco-Martín, Manuel A., García-Portilla, Paz., Haro, Josep María., Olivares, José Manuel., Penadés, Rafael., Pino-Montes, Javier., Sanjuán, Julio., Arango, Celso. (2017) Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. Revista de

Psiquiatría y Salud mental. 10 (1):4-20.

Cruz, Alejandro (2001). “La familia de los esquizofrénicos” en Familia y Esquizofrenia, Emergentes Sociales. Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, Ciudad de México. México: 76 - 82 pp.

Díaz, Laura; Torruco, Uri; Martínez, Mildred & Varela, Margarita. (2013) “La entrevista, recurso flexible y dinámico”. Investigación en educación médica, (7): 162 - 167 pp.

Dosil Mancilla, Francisco Javier. (2019). La locura como acción política. El movimiento anti psiquiátrico en México. Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 22(1). Recuperado a partir de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/69164>

Durkheim, Emile. (1974) “Las reglas del método sociológico”. Reglas para distinguir lo normal de lo patológico. México.UNAM p.p 63-65.

Escamilla, Raúl; Becerra, Claudia; Armendáriz, Yolanda; Corlay, Irma; Herrera, Miguel; Llamas, Rosalba; Meneses, Óscar; Quijada, Juan; Reyes, Francisco; Rosado, Arsenio; Rosel, Mauricio & Saucedo, Erasmo. (2021). Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. Gaceta médica de México, 157(Supl. 4), S1-S12. Epub 25 de abril de 2022. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.24875/gmm.m21000501>

Foucault, Michael. (1967). “Historia de la locura en la época clásica.” Tomo I Bogotá Colombia: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michael (1976). “El nacimiento de la prisión: Vigilar y castigar.” España: Siglo veintiuno. 178, 199 pp.

Foucault, Michael. (1977), “Historia de la medicalización”, Educación médica y salud 11(1), pp. 1-25.

Fuente, Juan & Heinze, Gerhard. (2014). “La enseñanza de la Psiquiatría en México”. *Salud mental*, 37(6):523-525 pp.

Galván, Valentín. (2009). La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 485-500. Recuperado el 09 de septiembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200014&lng=es&tlng=es.

Gilaberte, Inmaculada; Failde, Inmaculada; Salazar, Alejandro & Caballero, Luis. (2012) Actitud de los alumnos de quinto de medicina hacia la salud mental. *Educación Médica*. 15 (4): 227-233.

Godoy, Daniela; Eberhard, Andrea; Abarca, Francisca; Acuña, Bárbara & Muñoz, Rocío (2020). “Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares” en *Revista Médica Clínica Las Conde*, Volume 31, 169-173 pp.

Gobierno de la Ciudad de México. (2016). Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. *Discapacidad Psicosocial*.

Gobierno de la Ciudad de México. Programa de Salud en México.(S.F) “ Capitulo 3: Diagnóstico Epidemiológico. 52 pp. Recuperado el 9 de septiembre de 2024, de https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap3.pdf

Goffman, Erving & Guinsberg, Leonor. (1970). “Estigma: la identidad deteriorada.” Buenos Aires: Amorrortu.

Hernández S., Roberto., Fernández C., Carlos., Baptista L., Pilar. (2014) *Metodología de la Investigación*. México. McGrawHill Education. pp. 9.

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) (2010). Glosario. Estadísticas Sociodemográficas. Censo de Población y Vivienda.

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (2009) “Convivir con la esquizofrenia. Guía dirigida a personas afectadas por la esquizofrenia”. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona.

Kindelán, D. Felix., (2013) “Atender o cuidar. Un problema contextual por discernir en la práctica profesional de enfermería . MEDISAN;17(6):989.

Laplanche, Jean y Pontalis, Jean-Bertrand (2004). Diccionario de Psicoanálisis. En Diccionario de Psicoanálisis. 6.^a ed: 128 pp.

Martínez, María; Estrada, Catalina; Vélez, Alba; Muñoz, Nathaly; López, Jéssica; Bermeo, Myriam & Toconas, Verónica. (2020) “Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia.” Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 39, núm. 5. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, Venezuela.

Murguía, Adriana (2021) “Introducción. Riesgo y medicalización, un breve recorrido” en: Enfrentar la adversidad. Riesgo y medicalización en México. UNAM, Ciudad de México, México: 7 – 33 pp.

Melquiades, Gabriela & Vélázquez, Fabiola. (2005) Esquizofrenia, ¿un medio para pertenecer a la familia? Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Murguía, Adriana; Ordorika, Teresa & Guerrero, Fabrizio (2016) “Consideraciones Epistemológicas en torno a la Medicalización en América Latina: Balances y Propuestas” UNAM. Vol. 14 (46) pp. 99 - 128 pp.

National Institute of Mental Health (2024). “¿Cómo se trata la esquizofrenia?” en Esquizofrenia. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Institutos Nacionales de la Salud Publicación de NIH Núm. 24.

Novella, Enric & Huertas, Rafael. (2010) El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Vol. 21, n.º (3) pp. 207-209 pp.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). Trastornos mentales: datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993). Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento.

Pinilla, Magda; Beche, Elisa & Castro, Miriam (2023). “Los paradigmas biologicistas y médicosocial en pacientes con discapacidad” en Archivos de Hospital Universitario. Vol. 11, No. 1 Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED).

Robles, G. Rebeca; Medina, D. Rafael; Páez, A. Francisco; Becerra, R. Benjamín, “Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves” (2010) Salud Mental 2010;33:67-75.

Rodríguez, Sergio (2024). “Tasa de desempleo en México 2024: ¿Cómo estamos actualmente?” en Herramientas RRHH.

Sabido, Olga (2012) “El extraño como forma social sensible”, en El cuerpo como recurso de sentido en la construcción del extraño. Una perspectiva sociológica. Madrid: Universidad Autónoma Metropolitana unidad Azcapotzalco /sequitur, pp. 17-20.

Sainz, Jerónimo; De la Vega, Diego y Sanchez, Patricia (2010) “Bases neurobiológicas de la esquizofrenia” Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Clínica y Salud. Madrid, España. Vol. 21, nº 3: 235 - 254 pp.

Secretaría de Salud. (SSA) (2014) “Programa de acción específico. Salud Mental 2013-2018”.

Secretaria de salud. (SSA) (2022). “Reforma 131: Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación”.

Sholl, J. (2017), “The Muddle of Medicalization: Pathologizing or Medicalizing?”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 38(4), 265 - 278 pp.

Tamminga, Carol (2022). “Esquizofrenia”. Manual Merck de Diagnóstico y Terapia. Versión para profesionales. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiQUI%3%a1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia#Etiolog%3%ada_v1029122_es

Taylor, Steven & Bodgan, Robert. (1984) “Introducción a los métodos cualitativos de investigación” en *La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. Plan de estudios de la Licenciatura en Medicina. Recuperado de: https://www.uam.mx/licenciaturas/pdfs/79_5_Licenciatura_en_Medicina_XOC.pdf

Universidad Nacional Autónoma de México. (sistema escolarizado) Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Licenciatura en Medicina. Recuperado de: <https://oferta.unam.mx/planestudios/medicina-fmedicina-planestudio13.pdf>

Yébenes, Zenia (2014) “Demencia precoz y esquizofrenia en México: relato de un silencio” en: *Los espíritus y sus mundos: Locura y subjetividad en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, departamento de Antropología: 195 - 269 pp.

Yébenes, Zenia (2016) “Contar historias: experiencia subjetiva y psicosis. Reflexiones a propósito de una investigación antropológica”, en *Tramas*, No 46: 113 - 153 pp.

12 Anexos

12.1 Carta consentimiento

12.1.1 Paciente



Consentimiento informado para pacientes

Entrevista cualitativa

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Investigadores: Ana Paula Rivera Becerril, Karla Andrea Linares Delgadillo, Bryan Fernando Vargas Álvarez y Cristian Adán Córdova Vázquez, estudiantes de último año de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Se le invita cordialmente a participar en un estudio de investigación que forma parte del trabajo terminal de licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana, con título “La experiencia de vida de personas con esquizofrenia, sujeto - familia - institución”. El objetivo del estudio es conocer la experiencia de vida de las personas con esquizofrenia y las personas con las que conviven.

Si usted está de acuerdo en participar se acordará una fecha y lugar para realizar una entrevista, en la que se le preguntará sobre aspectos de su vida cotidiana y su experiencia en las instituciones de atención a la salud mental a las que ha asistido. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos y de ser posible se realizará en una sola ocasión.

Su participación en este estudio es voluntaria y podrá dejar de participar en cualquier momento si así lo desea. Para esta investigación solicitamos su autorización para grabar la entrevista, ya que, de esta manera podremos obtener información más completa de lo que usted nos platique. La información personal que nos proporcione es confidencial y será utilizada únicamente para fines académicos. Para respetar el anonimato de los entrevistados se usará un pseudónimo. Los resultados derivados de esta investigación se presentarán como parte del trabajo terminal de licenciatura en el cual no se evidenciará ninguna información que revele la identidad de los entrevistados.

En agradecimiento a su participación, le proporcionamos el siguiente link; www.infopsicosis.org para acceder a una web que contiene información educativa sobre la psicosis, recomendaciones para el cuidado de la salud mental y diversos enlaces en los que podrá acceder a material de apoyo. De manera indirecta, usted ayudará a contribuir con el conocimiento sobre la experiencia de vida de personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Al final de este documento usted encontrará los datos de contacto de todos los responsables de esta investigación con los cuales podrá dirigirse y preguntar sobre cualquier duda acerca del propósito, procedimientos, participación y confidencialidad de la presente investigación. Si usted acepta participar en el estudio, por favor firme el siguiente formato de consentimiento informado.

Forma de consentimiento informado para pacientes

Yo, _____ (nombre) conozco el propósito, procedimientos, participación y confidencialidad de la presente investigación. Entiendo que la información que proporcione es confidencial y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida. Recibiré una copia de este formato con los datos para localizar a los responsables de dicha investigación.

Firma _____ Fecha _____

Explicó el consentimiento

Nombre: _____

Firma _____ Fecha _____

Agradecemos su participación en esta investigación

Datos de contacto

Ana Paula Rivera Becerril

Tel: 55.72.03.94.61

Correo electrónico: ana.rivera0465@gmail.com

Bryan Fernando Vargas Alvarez

Tel: 55.18.12.00.15

Correo electrónico: bryan.var54@gmail.com

Karla Andrea Linares Delgadillo

Tel: 55.17.43.38.07

Correo electrónico: karlyandy01nov@gmail.com

Cristian Adán Córdova Vázquez

Tel: 56.28.11.91.10

Correo electrónico: crad.cova@gmail.com

12.1.2 Familiar



Consentimiento informado para familiares

Entrevista cualitativa

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Investigadores: Ana Paula Rivera Becerril, Karla Andrea Linares Delgadillo, Bryan Fernando Vargas Álvarez y Cristian Adán Córdova Vázquez, estudiantes de último año de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Se le invita cordialmente a participar en un estudio de investigación que forma parte del trabajo terminal de licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana, con título “La experiencia de vida de personas con esquizofrenia, sujeto - familia - institución”. El objetivo del estudio es conocer la experiencia de vida de las personas con esquizofrenia y las personas con las que conviven.

Si usted está de acuerdo en participar se acordará una fecha y lugar para realizar una entrevista, en la que se le preguntará sobre aspectos de su vida cotidiana relacionados con la convivencia con su familiar diagnosticado con esquizofrenia. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos y de ser posible se realizará en una sola ocasión.

Su participación en este estudio es voluntaria y podrá dejar de participar en cualquier momento si así lo desea. Para esta investigación solicitamos su autorización para grabar la entrevista, ya que, de esta manera podremos obtener información más completa de lo que usted nos platique. Para respetar el anonimato de los entrevistados se usará un pseudónimo.

Los resultados derivados de esta investigación se presentarán como parte del trabajo terminal de licenciatura en el cual no se evidenciará ninguna información que revele la identidad de los entrevistados.

En agradecimiento a su participación, le proporcionamos el siguiente link; www.infopsicosis.org para acceder a una web que contiene información educativa sobre la psicosis, en esta también hay un apartado específico dirigido a familiares.

Al final de este documento usted encontrará los datos de contacto de todos los participantes responsables de esta investigación con los cuales podrá dirigirse y preguntar sobre cualquier duda acerca del propósito, procedimientos, participación y confidencialidad de la presente investigación. Si usted acepta participar en el estudio, por favor firme el siguiente formato de consentimiento informado.

Formato de consentimiento informado para familiares

Yo, _____ (nombre) conozco el propósito, procedimientos, participación y confidencialidad de la presente investigación. Entiendo que la información que proporcione es confidencial y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida. Recibiré una copia de este formato con los datos para localizar a los responsables de dicha investigación.

Firma _____ Fecha _____

Explicó el consentimiento

Nombre: _____

Firma _____ Fecha _____

Agradecemos su participación en esta investigación

Datos de contacto

Ana Paula Rivera Becerril

Tel: 55.72.03.94.61

Correo electrónico: ana.rivera0465@gmail.com

Bryan Fernando Vargas Álvarez

Tel: 55.18.12.00.15

Correo electrónico: bryan.var54@gmail.com

Karla Andrea Linares Delgadillo

Tel: 55.17.43.38.07

Correo electrónico: karlyandy01nov@gmail.com

Cristian Adán Córdova Vázquez

Tel: 56.28.11.91.10

Correo electrónico: crad.cova@gmail.com

12.1.3 Psiquiatra – Psicóloga



Consentimiento informado para profesionales de la salud mental

Entrevista cualitativa

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Investigadores: Ana Paula Rivera Becerril, Karla Andrea Linares Delgadillo, Bryan Fernando Vargas Álvarez y Cristian Adán Córdova Vázquez, estudiantes de último año de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Se le invita cordialmente a participar en un estudio de investigación cualitativo que forma parte del trabajo terminal de licenciatura en psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana, con título “La experiencia de vida de personas con esquizofrenia, sujeto - familia - institución”. El objetivo del estudio es conocer la experiencia de psiquiatras y psicólogos que atienden a personas con esquizofrenia, para saber cómo influyen las instituciones de atención a la salud mental en la experiencia de vida que tienen las personas con este padecimiento.

Si usted está de acuerdo en participar se acordará una fecha y lugar para realizar una entrevista abierta y de esta manera conocer su experiencia en la atención de personas con esquizofrenia. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos y de ser posible se realizará en una sola ocasión.

Su participación en este estudio es voluntaria y podrá abandonar la investigación en cualquier momento si así lo desea. Para esta investigación solicitamos su autorización para grabar la entrevista, ya que, de esta manera podremos obtener información más completa de lo que usted nos platique. Para respetar el anonimato de los entrevistados se usará un pseudónimo. Los resultados derivados de esta investigación se presentarán como parte del trabajo terminal de licenciatura en el cual no se evidenciará ninguna información que revele la identidad de los entrevistados. La información que nos proporcione es confidencial y será utilizada únicamente para fines académicos.

De manera indirecta, usted ayudará a contribuir con el conocimiento sobre la influencia que tienen las instituciones de salud mental en las personas con esquizofrenia. Al final de este documento usted encontrará los datos de contacto de todos los participantes responsables de esta investigación con los cuales podrá dirigirse y preguntar sobre cualquier duda acerca del propósito, procedimientos, participación y confidencialidad de esta. Si usted acepta participar en el estudio, por favor firme el siguiente formato de consentimiento informado.

Formato de consentimiento informado para profesionales de la salud mental

Yo, _____ (nombre) conozco el propósito, procedimientos, participación y confidencialidad de la presente investigación. Entiendo que la información que proporcione es confidencial y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida. Recibiré una copia de este formato con los datos para localizar a los responsables de dicha investigación.

Firma _____ Fecha _____

Explicó el consentimiento

Nombre: _____

Firma _____ Fecha _____

Agradecemos su participación en esta investigación

Datos de contacto

Ana Paula Rivera Becerril

Tel: 55.72.03.94.61

Correo electrónico: ana.rivera0465@gmail.com

Bryan Fernando Vargas Álvarez

Tel: 55.18.12.00.15

Correo electrónico: bryan.var54@gmail.com

Karla Andrea Linares Delgadillo

Tel: 55.17.43.38.07

Correo electrónico: karlyandy01nov@gmail.com

Cristian Adán Córdova Vázquez

Tel: 56.28.11.91.10

Correo electrónico: crad.cova@gmail.com

12.2 Guía de preguntas

12.2.1 Paciente



Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Guía de entrevista cualitativa

Preguntas para pacientes

- Puede usted contarme un poco de su vida cotidiana, ¿qué hace usted durante su día a día?
- Puede usted contarme sobre las personas con las que convive cotidianamente y de qué manera lo han apoyado.
- Podría contarme cómo fue su experiencia en el proceso para buscar y recibir atención.
- Nos gustaría conocer respecto a cómo ha sido su experiencia en las instituciones de atención a la salud mental a las que ha asistido.

12.2.2 Familiar



Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Guía de entrevista cualitativa

Preguntas para familiares

- Nos gustaría que nos compartiera un poco acerca de cómo ha sido o cómo es la convivencia con su familiar
- Podría contarme cuál ha sido su experiencia en el proceso de enfermedad de su familiar.
- Podría contarme cómo fue el proceso en el que su familiar comenzó a asistir a instituciones de atención a la salud mental.
- Nos gustaría conocer respecto a cómo ha sido su experiencia en las instituciones de atención a la salud mental a las que ha asistido su familiar.

12.2.3 Psiquiatra - Psicóloga



Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Guía de entrevista cualitativa

Preguntas para profesionales de la salud mental

- ¿Cuál es el tratamiento que se le da actualmente a los pacientes con esquizofrenia en esta institución?
- Podría contarme ¿qué piensa de la manera en que se atiende la esquizofrenia en México?, ¿cambiaría algo de la forma en la que se trata a los pacientes con esquizofrenia?
- ¿Usted cree que el tratamiento para la esquizofrenia que se ofrece en esta institución cubra las necesidades de los pacientes?