

D I R E C T O R A D E T E S I S:

Dra. Sara Ester Makowski Muchnik

S I N O D A L E S:

Mtra. Lidia Fernández Rivas

Dr. Javier Hernández Hernández

Mtra. Cecilia Soledad del Carmen Ríos Ibarra

Dra. María Eugenia Ruiz Velasco Márquez



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL
DE GRUPOS E INSTITUCIONES

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA FAMILIA
DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.
EL CASO DEL HOSPITAL PARCIAL DE FIN DE SEMANA DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA SOCIAL
DE GRUPOS E INSTITUCIONES

P R E S E N T A:

ARMANDO ORTIZ TEPALE

Directora de Tesis:

Dra. Sara Ester Makowski Muchnik

México, D.F.

Marzo de 2013

*Para mi padre,
Eulalio Ortiz Ibáñez*

AGRADECIMIENTOS

Mi reconocimiento y gratitud a los interlocutores, los familiares de los pacientes y los profesionales de la salud del HPFS, y a quienes con sus opiniones, diálogos y experiencias enriquecieron el desarrollo de este trabajo de tesis: Lidia Fernández Rivas, Juan Manuel Hernández Bárcenas, Javier Hernández Hernández, Sara Ester Makowski Muchnik, Cecilia Ríos Ibarra y María Eugenia Ruiz Velasco.

Agradezco el apoyo y las facilidades brindadas para la realización de esta investigación a la Coordinación de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, al Hospital Parcial de Fin de Semana y al Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

RESUMEN

Este trabajo de tesis es resultado de una investigación acerca de las representaciones sociales de la familia del paciente diagnosticado con esquizofrenia tipo paranoide. Realicé el trabajo de campo en un servicio de salud mental denominado Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en la Ciudad de México, en donde se brinda atención ambulatoria a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide los días sábados y domingos. Primero, muestro una revisión conceptual sobre la institución psiquiátrica, la esquizofrenia y la familia del paciente con esquizofrenia; después, describo los cambios suscitados en el campo de la salud mental a partir de las reformas psiquiátricas y su tendencia a superar el hospital psiquiátrico como eje de atención; luego, explico el uso de la entrevista a profundidad y el grupo focal como dispositivos de intervención y la perspectiva teórica mediante la cual analicé el material discursivo obtenido, es decir, las representaciones sociales; por último, presento la forma en la que cuatro profesionales de la salud mental y dos grupos de familiares de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide representan a la familia en el marco del Hospital Parcial de Fin de Semana.

Palabras clave: *esquizofrenia paranoide, familia, hospital de día, institución psiquiátrica, representaciones sociales, salud mental.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
1. El campo	11
2. El problema	13
3. El caso	14
4. La estrategia	16
5. El enfoque	17
6. La tesis	18
7. Autopertinencias	19
8. Estructura de presentación	20
CAPÍTULO 1	
INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA	23
Introducción	23
1. 1 Poder disciplinario	24
1. 1. 1 Poder psiquiátrico	24
1. 1. 2 Antipsiquiatría	29
1. 1. 3 Institución total	33
1. 2 Esquizofrenia	35
1. 2. 1 <i>Dementia praecox</i>	35
1. 2. 2 Conceptos	41
1. 2. 3 Invención	45
1. 3 Salud mental comunitaria	50
1. 3. 1 Crisis de la familia	50
1. 3. 2 Crisis del paradigma biomédico	53
1. 3. 3 Comunidad	56

CAPÍTULO 2	
SALUD MENTAL	59
Introducción	59
2. 1	Reformas psiquiátricas 60
2. 1. 1	Europa 60
2. 1. 2	Estados Unidos y Canadá 65
2. 1. 3	América Latina 68
2. 2	Cambio de paradigma 73
2. 2. 1	Cargas 73
2. 2. 2	Soluciones 75
2. 2. 3	Del hospital a la comunidad 79
2. 3	Servicios de salud mental en México 81
2. 3. 1	Historias 82
2. 3. 2	Normatividad 87
2. 3. 3	Evaluaciones 90
CAPÍTULO 3	
DISPOSITIVOS	95
Introducción	95
3. 1	El trabajo de campo 95
3. 1. 1	El terreno 96
3. 1. 2	La entrevista a profundidad 103
3. 1. 3	El grupo focal 105
3. 2	La teoría de las representaciones sociales 108
3. 2. 1	Los fundamentos 109
3. 2. 2	El concepto 112
3. 2. 3	La teoría del núcleo central 117
3. 3	La estructura de la representación 123
3. 3. 1	El contexto 123
3. 3. 2	El núcleo central 125
3. 3. 3	Los elementos periféricos 126

CAPÍTULO 4	
REPRESENTACIONES	128
Introducción	128
4.1 Prácticas	128
4. 1. 1 Cuadros clínicos	129
4. 1. 2 Burocracia	133
4. 1. 3 Ficha socioeconómica	136
4. 2 Familia y esquizofrenia	139
4. 2. 1 Cronicidad	139
4. 2. 2 Violencia	141
4. 2. 3 Sufrimientos	145
4. 3 Familia y orden social	151
4. 3. 1 Familia normal	151
4. 3. 2 Reeducción	154
4. 3. 3 Intervenciones	157
REFLEXIONES FINALES	160
1. Inventario	160
2. Campo y representaciones	163
3. Sistemas central y periférico	164
4. Implicaciones metodológicas	165
5. Cabos sueltos	168
BIBLIOGRAFÍA	170

APÉNDICE 1	
DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN	179
1. 1 Guía de trabajo del grupo focal	179
1. 2 Guía de entrevista a profundidad	183
APÉNDICE 2	
CRÓNICAS DEL GRUPO FOCAL CON TRABAJADORES DEL TURNO ESPECIAL	184
2. 1 Primera sesión	184
2. 2 Segunda sesión	189
2. 3 Tercera sesión	191
2. 4 Cuarta sesión	192
2. 5 Quinta sesión	194
APÉNDICE 3	
TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL CON FAMILIARES	195
3. 1 El taller de resolución de problemas	195
3. 2 El grupo psicoeducativo	209
APÉNDICE 4	
TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD	224
4. 1 Entrevista con trabajadora social 1	224
4. 2 Entrevista con trabajadora social 2	243
4. 3 Entrevista con dos psiquiatras	264

INTRODUCCIÓN

1. El campo

Desde la segunda mitad del siglo XX, en algunos países el campo de la salud mental ha presentado cambios significativos en el modo en el que ha enfrentado los trastornos mentales, los cuales fueron posibles debido a las denuncias sociales sobre el trato brindado al enfermo mental en el manicomio y en el hospital psiquiátrico. La vanguardia antipsiquiátrica y antiinstitucional, los estudios sobre las instituciones totales, la historia de la locura y algunos movimientos sociales y políticos, entre otros factores, colocaron a la psiquiatría en el centro de debate, reconstruyeron su génesis social y, con base en esto, cuestionaron sus aportaciones teóricas y terapéuticas.

Tres acontecimientos históricos pueden ser referidos sobre el modo en el que el mundo occidental ha dado respuesta al problema de los trastornos mentales: el nacimiento del asilo, donde la locura era encerrada para evitar la irrupción social y al loco se le redimía por medio del castigo y el trabajo; el surgimiento del manicomio, lugar de depósito de la locura, donde al loco se le volvía inocuo e invisible y la instauración del hospital psiquiátrico, lugar de tratamiento de las enfermedades mentales y espacio de reclusión del paciente psiquiátrico.

En la década de 1960, las críticas al hospital psiquiátrico como lugar de producción de enfermedades y como única respuesta social a la psicosis, colocaron en la palestra la llamada desinstitucionalización del paciente psiquiátrico, esto es, el cambio de las prácticas alienantes del hospital por medio de la creación de servicios comunitarios para integrar socialmente al paciente. Las críticas intentaban rebasar el carácter de denuncia para colocarse en el ámbito de la transformación política y social.

Las reformas psiquiátricas orientadas a superar el hospital psiquiátrico como eje de atención se han dado de formas diversas y con base en distintos modos de atender la salud mental. Aún en los países desarrollados, las reformas paradigmáticas han tenido un desarrollo desigual debido a las implicaciones y resistencias políticas, financieras, sociales, terapéuticas y legales y porque la salud mental no ha sido un tema público prioritario.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la carga mundial de los trastornos mentales es alta y creciente y se estima que alrededor de 450 millones de personas son afectadas por este tipo de trastornos, de las cuales 150 millones padecen depresión, 25 millones están afectadas por esquizofrenia, 38 millones sufren epilepsia, 90 millones tienen trastornos relacionados al consumo de alcohol o de drogas y cerca de un millón se suicida cada año (OMS, 2001, 23).

En este escenario, la participación de los sistemas de salud en la provisión de servicios de salud mental es aún minoritaria, lo cual ocasiona que la mayor parte de la carga de los trastornos mentales y los problemas relacionados incida sobre los pacientes, las familias y algunos agentes comunitarios ajenos al sector salud. Por tal motivo, los organismos internacionales señalan como condición posible para la transformación de los servicios de salud mental sustituir el paradigma hospitalario por el comunitario.

En la actualidad, el hospital psiquiátrico es el eje de atención de salud mental en todo el mundo y se caracteriza por ser el lugar que legitima los llamados trastornos mentales desde la perspectiva médica, psicológica, legal y cívica, que administra los cuidados y que devora la mayor parte de los recursos humanos y financieros asignados a su tratamiento.

El paradigma biomédico ha sido predominante en la atención a los trastornos mentales desde mediados del siglo XX, cuyas aportaciones han sido sustanciales en la comprensión de la bioquímica del cerebro en relación a los trastornos neuropsiquiátricos. Sin embargo, como lo evidencian las investigaciones en los últimos cincuenta años, los factores sociales son determinantes de riesgo para la salud mental, razón por la cual resulta controversial que los tratamientos sean limitados a una sola dimensión.

En el campo de la salud mental, el enfoque biopsicosocial implica tener un acercamiento más complejo y orientado a la comunidad, en lo que concierne tanto al tratamiento de los trastornos mentales como a la promoción de la salud mental, lo cual pone en crisis el paradigma exclusivamente biomédico. Sin embargo, en el escenario de transformación de los servicios de salud mental con base en perspectivas comunitarias, los problemas psicosociales acerca de la familia del paciente psiquiátrico han sido insuficientemente estudiados.

2. El problema

Realicé una investigación sobre la forma en la que los profesionales de la salud y los familiares de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide representan a la familia en el marco de un servicio de salud mental. Debido a las limitaciones de abordar este tema en distintos espacios, seleccioné un hospital psiquiátrico público y, en particular, uno de sus servicios como terreno de intervención.

El trabajo de campo lo realicé en un servicio de salud mental fundamentado en el modelo de hospital de día: el Hospital Parcial de Fin de Semana (HPFS) del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA) en la Ciudad de México. La pregunta que guió la investigación fue: ¿qué producciones de sentido sobre la familia construyen los profesionales de la salud y los familiares de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tipo paranoide del HPFS? Esta pregunta me orientó a indagar la forma en la que dos grupos distintos representan a la familia en el marco del programa de atención del HPFS, un tipo de investigación no realizada en el ámbito de los servicios de salud mental.

El objetivo general de esta investigación fue explorar la conformación de la representación social de la familia por profesionales de la salud y por familiares de los pacientes. Los objetivos particulares fueron: 1) explorar la representación que cobra la familia para los profesionales de la salud del HPFS; 2) explorar la representación que cobra la familia para los familiares de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tipo paranoide del HPFS y 3) describir la forma en la que esas representaciones se traducen en discursos y prácticas en el marco del HPFS.

Esta investigación tiene varias razones para ser realizada. En México, el eje de atención en salud mental es el hospital psiquiátrico y está orientado en contrasentido a las recomendaciones internacionales sobre la reestructuración de los servicios de salud mental. En los últimos trece años, algunas evaluaciones realizadas en México sobre los servicios de salud mental han indicado que, en general, su situación es deplorable y a pesar de las recomendaciones internacionales, las cuales señalan las bondades financieras, económicas, políticas y sociales que supone establecer servicios comunitarios en el sistema de salud pública, existe una tendencia a fortalecer las prácticas hospitalarias asilares, lo cual imposibilita crear las condiciones para brindar otro tipo de atención a los trastornos

mentales. Uno de los efectos poco visibilizado es el hecho de que en las instituciones que internan a personas con algún trastorno mental, la mayoría de ellas se consumen de por vida.

Además, existen pocos estudios sobre los fenómenos psicosociales suscitados en los servicios de atención psiquiátrica. Por supuesto, hay una gran cantidad de investigaciones de modelos en rehabilitación en psiquiatría, por ejemplo, pero cuyas limitaciones radican en la evaluación de sus alcances y su adscripción a esquemas normativos y adaptativos y, además, dan por supuesto el orden social y sus efectos de estructura, como si su sentido terapéutico fuera ajeno a la cuestión social. Dicho de otro modo, sus resultados se circunscriben a cuestiones circunstanciales sin establecer los efectos de estructura social en sus resultados, eluden reflexiones epistemológicas que supone todo proceso investigativo y dan por sentado las representaciones que tanto profesionales de la salud, familiares y pacientes construyen en relación a los servicios de atención psiquiátrica.

3. El caso

De 1910 a 1968, El Manicomio General de la Ciudad de México, mejor conocido como La Castañeda, fue el manicomio más grande del país y, en principio, albergó a los enfermos provenientes de casas de asistencia como el Hospital de San Hipólito y el del Divino Salvador, los cuales habían funcionado desde la época de la Colonia. El cierre del manicomio fue realizado bajo el proyecto Operación Castañeda (1964-1970), que consistió en la creación de hospitales asilares, como el Hospital “Samuel Ramírez Moreno”, y la construcción del Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” y del HPFBA en el área metropolitana.

Desde 1967, el HPFBA ha brindado atención médica hospitalaria a población adulta con trastornos mentales agudos y ha sido un centro de formación especializada en psiquiatría e investigación. Desde su inauguración hasta 1983 el HPFBA dependió de la Dirección General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; de 1983 a 1992, de la Dirección General de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal; de 1992 a 1995, de la Coordinación de Hospitales; de 1995 a 2000, de la Coordinación de Salud Mental y de 2000 a la fecha de los Servicios de Salud Mental, con nivel de Dirección General, del que

dependen los tres hospitales psiquiátricos y los tres centros comunitarios de salud mental en la Ciudad de México.

En 1992, se inició la ampliación y remodelación del HPFBA y se construyó una unidad para las instalaciones de los servicios ambulatorios. El HPFS del HPFBA es un servicio de salud mental basado en el hospital de día (HD), esto es, un modelo de atención psiquiátrica que brinda tratamiento ambulatorio orientado a evitar las recaídas y la hospitalización prolongada.

El programa del HPFS fue puesto en práctica en 1990. Aunque en principio este servicio atendió a pacientes con diagnósticos psiquiátricos diversos, desde 1994 ha estado enfocado al tratamiento de pacientes con esquizofrenia tipo paranoide, un subtipo del grupo de las esquizofrenias cuyo pronóstico es más favorable que otros trastornos mentales si se recibe tratamiento apropiado. En otras palabras, se trata de pacientes socialmente funcionales y cuya recuperación es prometedora.

El programa de atención del HPFS se caracteriza por tres ejes: el individual, donde prima el tratamiento farmacológico; el grupal, donde se trata de fortalecer las funciones yoicas del paciente y, por último, el familiar, caracterizado por la atención multifamiliar mediante el modelo psicoeducativo, el de resolución de problemas y la terapia familiar sistémica.

El objetivo de atención del HPFS es lograr la conciencia de enfermedad del paciente, evitar sus recaídas, rehabilitarlo, readaptarlo y reinsertarlo a su familia y a la sociedad. Dicho de otro modo, el esquema de atención de este programa sigue parámetros adaptativos y normativos.

El HPFS representa un tipo de vanguardia en los servicios de salud mental en México, cuyo funcionamiento operativo está determinado por la normatividad hospitalaria del HPFBA; de hecho, este servicio se ubica en el interior del mismo hospital en un edificio anexo a los servicios de hospitalización continua y forma parte de los servicios ambulatorios.

A la fecha de redacción de este trabajo, los estudios sobre su funcionamiento, su historia, sus rupturas y sus alcances terapéuticos y sociales son inexistentes. En general, pocas son las investigaciones que dan cuenta del trabajo realizado en los servicios de salud

mental en México, razón por la cual, esta incursión es un punto de partida para la continuación de otros estudios en este ámbito.

Seleccioné el HPFS por haber sido el lugar donde realicé el servicio social durante el último año de licenciatura en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X), en el Área de Concentración de Psicología Social, y donde he brindado trabajo voluntario como profesor adjunto en el diseño y puesta en marcha de un diplomado sobre intervención familiar, ofertado por la Jefatura de Capacitación de Personal Médico y Paramédico del HPFBA.

La cercanía con el HPFBA me permitió incursionar en el campo clínico, educativo e investigativo, pero, paradójicamente, también representó una serie de obstáculos para tomar distancia de las prácticas hospitalarias, las que, de alguna manera, he compartido al posicionarme profesionalmente en este campo y, por ende, para la realización de este trabajo de tesis.

4. La estrategia

La incursión investigativa en el campo de la salud mental y acerca de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide implicó construir un dispositivo de intervención, pero también realizar procedimientos interinstitucionales entre la coordinación de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones y las autoridades correspondientes del HPFBA. A finales de 2009, solicité por escrito al Comité de Ética e Investigación Clínica del HPFBA realizar una investigación psicosocial en el HPFS como parte de mi formación académica. El proyecto fue aprobado y mi intervención la realicé en 2010.

Para la realización de la intervención, seleccioné como interlocutores clave, por su posición y relación con el HPFS, a cuatro profesionales de la salud, dos trabajadoras sociales y dos psiquiatras, y a los familiares de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Utilicé la entrevista a profundidad y el grupo focal como dispositivos de intervención.

Previo consentimiento informado de los interlocutores, las entrevistas fueron audiograbadas para su posterior transcripción y análisis. Además de recurrir al conocimiento teórico disponible para delimitar las categorías de análisis, asumí una

perspectiva psicosocial que me permitiera articular las producciones de sentido suscitadas por la entrevista y el grupo focal con la lógica del campo abordado.

5. El enfoque

En la investigación social, es común que se objetiven los hechos sociales por medio de una clave binaria, esto es, el objeto es diferenciado según criterios económicos o políticos, éticos o históricos, psíquicos o sociales, con el fin de comprender la acción social de las diversas categorías de individuos, grupos, colectivos e instituciones en la sociedad, la forma en la que reproducen el orden social y la manera en la que el poder se ejerce (Gaulejac, 2002: 49-50; Wacquant, 1992: 7-11; Fernández, [1989] 2008: 38; Bourdieu, 1977: 72-73; Greenwood y Levin, 2005: 43).

Una forma de solucionar estas dicotomías es construir una visión psicosocial traducida por una lectura ternaria de los hechos y las relaciones, es decir, la sustitución de la relación a dos términos, entre sujeto y objeto, por una relación en tres términos: sujeto individual-sujeto social-objeto. (Moscovici, [1984] 2008: 22-24).

Dicho de otro modo, como investigador observo a la familia como hecho social a partir de una teoría psicosocial y de mi trayectoria académica, pero también a partir del modo en el que el campo me interpeló y la manera en la que los interlocutores actuaron respecto a mi intervención. En esta triangulación, la perspectiva psicosocial intenta ubicar indicios de una realidad, donde el psicólogo como investigador argumenta una tesis, considerando que su enfoque posee implicaciones éticas, políticas, sociales, colectivas, teóricas e ideológicas.

Esta investigación es la búsqueda del y en el tiempo de una trama entre individuos y acontecimientos; ellos son creadores de la sociedad a medida que la narran porque el proceso es la realidad objetivada. El psicólogo social es el punto ciego de este enfoque pero que, por medio de un trabajo académico, brinda una lectura del campo social estudiado.

Desde este posicionamiento ternario, la teoría de las representaciones sociales es una aproximación al modo en el que las personas objetivan, clasifican y explican hechos sociales. Ellas conocen la realidad circundante mediante explicaciones retomadas de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales

sintetizan dichas explicaciones y, en consecuencia, se refieren a un tipo de conocimiento sobre la forma en la que la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común.

El sentido común es una forma de percibir, razonar y actuar, es decir, es un tipo de conocimiento socialmente elaborado, el cual incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos, orienta las conductas de las personas en la vida cotidiana y las formas de organización y comunicación tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en que se desarrollan (Jovchelovitch, 2007: 124; Moscovici y Hewstone, [1984] 2008: 682-683). En este marco, las representaciones sociales tienen un carácter normativo porque instituyen límites y posibilidades de la forma en la que los seres humanos construyen socialmente su realidad.

Emprender un estudio acerca de la representación de un objeto social como la familia del paciente con esquizofrenia paranoide puede permitir conocer la estructura y el proceso de constitución del pensamiento social mediante los cuales los actores construyen y son construidas por la realidad social y, además, es una aproximación a la visión del mundo de los familiares de los pacientes y de los profesionales de la salud ya que el conocimiento del sentido común lo utilizan para tomar posición respecto a la familia.

La investigación de las representaciones sociales de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide posibilita entender la dinámica de las interacciones sociales y clarificar los determinantes de las prácticas sociales debido a que la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, [1994] 2004: 18). De esto se deriva la importancia de conocer, elucidar y cuestionar el núcleo central de la representación de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide, alrededor del cual se articulan creencias ideologizadas, pues esto constituye un paso significativo para la modificación de una representación y, en consecuencia, de una práctica social.

6. La tesis

La esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico y la define como un trastorno mental, cuyas causas biológicas, aún desconocidas, radican en el funcionamiento del cerebro, argumento que explica y justifica que su tratamiento sea eminentemente

biomédico. Aunque los factores macro y microsociales son precipitantes en la aparición de este trastorno y las recaídas del paciente, no hay datos consistentes de que los conflictos familiares sean determinantes. Sin embargo, las prácticas clínico hospitalarias promueven que los familiares y los profesionales de la salud representen a la familia como una unidad cuyos conflictos producen la esquizofrenia.

Debido a que no todas las familias producen psicosis y, en particular, sujetos esquizofrénicos, resulta importante preguntar sobre la estructura de este tipo de representación y el modo en el que las prácticas clínico hospitalarias la promueven, la sustentan y la protegen. De ahí la pertinencia de recurrir al conocimiento del sentido común como una forma de elucidar el modo en el que tanto profesionales de la salud mental como familiares objetivan a la familia del paciente con esquizofrenia paranoide.

7. Autopertinencias

Este trabajo de tesis es una propuesta para aproximarse al campo de la salud mental y al estudio de la familia del paciente psiquiátrico. Las ideas para su realización provienen de la formación del programa de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones de la UAM-X, un espacio académico donde el trabajo grupal y el análisis institucional son considerados como posibilidades de pensar la subjetividad colectiva (Baz, 2001: 2).

Aunque esta escuela de psicología social promueve que sus egresados pensemos de otro modo a la psicología y la subjetividad colectiva, lo institucional del modelo educativo ha significado una interpelación constante de su quehacer, lo cual dificulta la articulación entre lo grupal y lo institucional. Y, en el caso de mi paso por su programa educativo, ambas perspectivas fueron diluidas por la dificultad de articular dos escuelas con perspectivas contrapuestas.

En la crisis de la modernidad, donde los lazos sociales están rotos y el individualismo se acrecienta so pena de malestares individuales y colectivos, la Psicología Social de Grupos e Instituciones tiene como tarea interrogar sobre escenarios posibles de intervención, como lo es el campo de la salud mental. El hecho de que algunos alumnos decidamos incursionar en el campo clínico, a pesar de que la formación en Psicología de la

UAM-X carece de un área en este ámbito, puede dar lugar a escenarios de intervención psicosocial en el campo de la salud mental.

Aunque la fantasía de algunos estudiantes de Psicología en la UAM-X es formarse como psicoterapeutas (Casanova y Manero, 1992: 24), la incursión en el campo clínico me ha permitido pensar lo social, lo comunitario, lo colectivo y la subjetividad. Además, donde los currícula de los programas de Licenciatura en Psicología y de la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones están influenciados por el pensamiento psicoanalítico y varios de sus profesores practican la clínica, es de suponerse que esto genera expectativas de trabajo en esta corriente, aún cuando el perfil sea social. Resulta controversial cuestionar tanto qué pretende hacer el psicólogo social en formación en un campo clínico como qué hacen los clínicos formando académicamente psicólogos sociales.

El énfasis en establecer puentes entre el trabajo grupal y el análisis institucional es un camino posible para una psicología social alternativa a la psicología académica, pero sus enfrentamientos ideológicos, conceptuales y académicos dificulta su condición de posibilidad y el hecho está en el abandono paulatino de alumnos y profesores del espacio de grupo de reflexión como un dispositivo fundamental para pensar y formarse en el campo de lo grupal y el análisis institucional. En otras palabras, estos problemas que señalo en la formación del psicólogo social muestran la dificultad que implica el diálogo entre escuelas y perspectivas diversas y, a su vez, la posibilidad de establecer interrogantes y plantear escenarios de intervención que permitan la construcción de conocimiento.

8. Estructura de presentación

Organicé este trabajo de tesis en cuatro capítulos, un apartado de reflexiones finales y una sección de apéndices, donde se pueden consultar las guías de intervención y la transcripción del material discursivo. Comenzaré con la argumentación conceptual para clarificar los conceptos que se utilizarán a lo largo del texto; después, daré lugar a la lectura de las condiciones materiales del campo de la salud mental y, con base en esto, justificar los dispositivos de intervención y el análisis del material empírico. Esta organización pretende articular la lectura del campo y la de producción de subjetividad.

En el Capítulo 1 expongo el marco referencial, centrándome, primero, en la elucidación de la institución psiquiátrica a partir del poder disciplinario, el pensamiento antipsiquiátrico y antiinstitucional y la microsociología; después, abordo la acuñación del concepto de esquizofrenia, las aportaciones del psicoanálisis y el cuestionamiento a la perspectiva biomédica y, por último, indago sobre los problemas que supone la salud mental comunitaria en la crisis de la modernidad.

Los movimientos de reforma han tratado de superar las prácticas manicomiales y hospitalarias por medio de la reinserción social del paciente psiquiátrico sustentada en enfoques comunitarios. En el Capítulo 2, presento los movimientos de reforma en Europa, Estados Unidos y Canadá como casos paradigmáticos y, en el caso de América Latina, abordaré, a manera de ejemplo, la reforma psiquiátrica brasileña, la cual ha adoptado un enfoque intersectorial en sus servicios de salud mental; luego, ubico los problemas sociales relativos a los trastornos mentales y sus orientaciones para enfrentarlos; por último, me centro en el estado actual del sistema de salud mental mexicano.

En el Capítulo 3 abordo el dispositivo de investigación para la realización del trabajo de campo, haciendo una especie de topografía del terreno de intervención y la selección de interlocutores clave; como estrategias de interlocución y de producción de subjetividad sobre la familia del paciente con esquizofrenia paranoide, utilicé la entrevista a profundidad y el grupo focal; después, presento en detalle la teoría de las representaciones sociales y, en particular, la teoría del núcleo central mediante la cual elaboré la lectura del material empírico obtenido.

Por último, en el Capítulo 4 muestro el análisis del material empírico. El núcleo organizador del discurso sobre las prácticas hospitalarias está delimitado por la concepción de la esquizofrenia como trastorno mental, donde la violencia familiar es representada como una cualidad inherente a las familias de los pacientes. Esta representación es el núcleo organizador de los discursos y las prácticas de los profesionales de la salud mental, cuyo contenido está sustentado y protegido de cualquier modificación por las prácticas hospitalarias y por el orden social que demanda que la familia del paciente psiquiátrico sea reeducada conforme al concepto de familia normal.

Si bien los organismos internacionales recomiendan que los servicios de salud pública reformen o, en su caso, reestructuren sus servicios de salud mental y superen el hospital psiquiátrico como eje de atención, sin que eso implique su eliminación, el cambio está condicionado por la estructura del campo social y las representaciones sociales sobre los trastornos mentales y su tratamiento. La apuesta en la inclusión del paciente con esquizofrenia en la comunidad puede ser analizada como un problema de salud pública y, también, a partir de las prácticas sociales que promuevan su reinscripción e integración social, donde la familia tiene una función social a ser tomada en cuenta.

CAPÍTULO 1

INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

Introducción

La literatura sobre la institución psiquiátrica, la esquizofrenia y la familia del paciente psiquiátrico es vasta y diversa, razón por la cual este capítulo es selectivo en la discusión de los trabajos existentes en el área y, a su vez, es propositivo, es decir, busca identificar los principales aportes y las debilidades a partir del establecimiento entre el orden social y las producciones de sentido sobre la familia del paciente con esquizofrenia paranoide.

El lugar de partida es la discusión sobre la historia de la locura en la llamada época clásica como antesala del poder disciplinario, o sea, una de las formas de subjetivación del sujeto de la locura, donde la psiquiatría es uno de sus dispositivos; después, recorro a las aportaciones del pensamiento antipsiquiátrico y antiinstitucional y sus cuestionamientos al orden manicomial y la violencia instaurada en sus prácticas hacia el enfermo mental; luego, desde la microsociología, abordo el modo en el que el hospital psiquiátrico delimita la conformación del yo en las interacciones sociales y productoras de sentido.

En psiquiatría, el enfoque biomédico ha instaurado una perspectiva sobre la esquizofrenia con base en la noción de trastorno mental cuyas bases radican en el funcionamiento del cerebro, pero cuyas causas todavía son desconocidas; este enfoque dificulta la posibilidad de pensarla histórica y socialmente, pero cuyo estatuto científico y terapéutico está articulado en la bioquímica y la farmacología respectivamente. Esta visión ha penetrado en el pensamiento social donde la industria farmacéutica tiene un papel importante a ser reflexionado.

En las llamadas crisis de la modernidad y crisis del paradigma biomédico, exploraré las perspectivas que privilegian, fundamentan y justifican diversos modos de intervención psiquiátrica en el paciente, la familia y la comunidad y el modo en el que se relacionan con la institución psiquiátrica y el campo de la salud mental. La familia es vista como una unidad generadora de psicopatología, pero también como un recurso terapéutico para la readaptación del paciente psiquiátrico.

1.1 Poder disciplinario

En este primer apartado exploraré el lugar del sujeto de la locura en la institución psiquiátrica a partir del poder disciplinario, la antipsiquiatría y la microsociología. La institución psiquiátrica ha producido saberes, verdades, prácticas y discursos sustentados en el orden social, cuya posibilidad de existencia radica en la sensibilización y los modos de relacionarnos con la locura, la psicosis y los trastornos mentales. El pensamiento moderno ha constituido al sujeto de la locura por medio de una visión de lo normal y lo patológico, cuya inscripción está condicionada tanto por el restablecimiento de la razón y de la salud como por la readaptación social.

1.1.1 Poder psiquiátrico

En la década de 1960, Michel Foucault trazó históricamente la ontología de la locura en el pensamiento moderno y, al hacerlo, desveló que la psiquiatría está sustentada en una sensibilidad moral inscrita en el orden social y surgió cuando el alienista fue convertido por el Estado en el celador y responsable de liberar al loco de sus cadenas y, mediante el tratamiento moral y mecanismos disciplinarios, normalizarlo. La psiquiatría surgió hasta el siglo XIX y su lugar social fue posibilitado gracias a las prácticas de exclusión y de encierro del sujeto concreto de la locura al menos desde la época del Renacimiento.

La nave de los locos es una figura de la época del Renacimiento que apela al viaje que emprendían los insensatos, cuyo destino final era el lugar social de la exclusión (Foucault, [1964] 2010a: 21-23). Se trata de una representación que visibiliza la falta de un espacio social en donde colocar al loco y cuya eficacia simbólica es la de mantenerlo alejado de la sociedad porque es portador de desviación, decadencia y sinrazón encarnada. El lugar del loco era el eterno peregrinar; su cura, la purificación por medio del agua y del viaje sin rumbo fijo. Esta figura mítica es la antesala de dos acontecimientos históricos: las prácticas de encierro y la incursión de la profesión del alienista, quien es el antecesor directo del psiquiatra. En el siglo XVI, el pensamiento moderno preparó la escena del lugar social de la locura, un mal que debía ser proscrito a fuerza de mantener el orden social.

Los asilos surgieron en un momento sociohistórico donde existía una moral y una lógica de Estado por mantener el orden social (Foucault, [1964] 2010a: 80-81). En Francia, el gran encierro comenzó cuando la moral de la época consideraba el deambular de los locos, vagabundos, pordioseros y pervertidos como un peligro para las ciudades; puesto que ellos eran agentes de vicio y representaban el lado más abyecto de la sociedad francesa, el Estado estableció políticas de vigilancia y de encierro para mantener a salvo el orden social y las buenas costumbres.

En una época de desarrollo intelectual, transformaciones políticas y acumulación de riquezas, el encierro se convirtió en una práctica común en las sociedades europeas, donde la razón y el trabajo eran consideradas características inherentes al ser humano. La sinrazón de los locos irrumpía el orden social, por ende, eran confinadas al encierro, abandono, indiferencia y entretenimiento social. Al ser considerados seres que vivían en el desorden, algo había que hacer por ellos: corregir su desviación y su existencia insensata.

En el encierro, las prácticas correccionales se caracterizaron por una serie de desplazamientos y superposiciones de sentidos en torno al loco y su naturaleza. La locura se asentaba en el cuerpo, cuya esencia era el alma desviada. Herederos del pensamiento cristiano, la cura del alma, la salvación, la redención y la purificación de los pecados se daban mediante el castigo del cuerpo, modos de subjetivación acordes al pensamiento religioso y moral de la época, donde la teoría de los humores encuentra un lugar.

El alma estaba trastornada porque los humores del cuerpo habían trastocado la posibilidad de vivir de los alienados. Los delirios, el frenesí, la idiotez y el estado de profunda tristeza del loco eran evidentes a la mirada de los celadores: si lo innegable era un ser trastornado, entonces, lo que subyacía eran los humores del cuerpo que entraban en acción corrompiéndolo. La observación piadosa y la teoría de los humores habían conformado una mirada similar a la de los botánicos.

Si había una clasificación del mundo vegetal, entonces, esa misma lógica podía aplicarse a la clasificación del mundo de los insensatos (Foucault, [1964] 2010a: 295-296). La ciencia podía decir algo al respecto, aun cuando las prácticas sociales se caracterizaban por el tratamiento moral y la reducción de los locos a objeto. Su desvío era explicado por la existencia de un cuerpo que encerraba un alma perturbada, razón por la cual había que

diseñar estrategias para corregirlos, es decir, liberarlos tanto de sus cadenas como de su infortunio.

La amenaza del castigo a veces era suficiente para volver al loco a la normalidad; en caso de reincidencia, la coerción física la aseguraba (Foucault, [1964] 2010b: 249). Agua fría para los desenfadados, sacudidas del cuerpo para restablecer el equilibrio entre el alma y el cuerpo, sangrías para purificar la sangre invadida por humores causantes de decaimiento y el trabajo como forma de redención. Lejos estaba el saber de la ciencia de indicar la terapéutica; en cambio, lo hacía la sensibilidad moral de la época.

En los albores del desarrollo capitalista, la ética protestante entró en escena para formar parte del nuevo orden social que estaba por fraguarse, el cual necesitaba de la aristocracia para administrar la riqueza, la mano de obra de los pobres que la posibilitarían, mientras que el Estado protegería y vigilaría el bienestar de la población. No era lo mismo ser un sujeto de la sinrazón si se era pobre o rico. A los miserables, el infortunio del encierro estaba predestinado; en cambio, para los ricos, el encierro estaba asegurado por la riqueza de las familias aristocráticas, como una forma de evitar el escándalo social.

Sin embargo, esta historia de la locura, fundamentada en las representaciones, resulta incompleta sin la recurrencia al poder disciplinario, una categoría que implica una serie de desplazamientos conceptuales en la obra de Foucault: del análisis de las representaciones a una analítica del poder disciplinario, de la violencia a la microfísica del poder y de las regularidades institucionales a las disposiciones del poder. La operación terapéutica y el tratamiento moral del asilo se inscriben en este tipo de poder.

El poder disciplinario es una disposición social de poder, una microfísica porque está orientada al cuerpo social e individual y una analítica porque mediante su estudio es posible desvelar su naturaleza ontológica (Foucault, [2003] 2007: 59-60). El surgimiento del espacio asilar fue posible debido a las disposiciones del orden disciplinario y a las disposiciones de poder. La disciplina, caracterizada por el orden, el trabajo y el castigo, se materializó en las prácticas correctivas dentro del espacio asilar. En la historia de la locura, el loco era castigado por su ociosidad y desvío y el restablecimiento de su razón se daba por medio de la verdad de los celadores. Pero, ¿cómo entra en escena la microfísica del poder disciplinario?

Foucault ([2003] 2007: 44) planteó la noción de microfísica de la soberanía, esto es, la soberanía que gozaban los miembros de la clase aristocrática cuando su razón estaba intacta. Cuando alguno de ellos caía en la sinrazón, perdía su poder soberano y se convertía en sujeto de ser disciplinado. La figura del loco queda así reducida a la pérdida de su poder y soberanía y, ante la ineficacia de su verdad, se le impone la de la curación por medio del castigo físico aplicado por los celadores.

En la modernidad, para devenir sujeto, el ser humano requiere de procesos de socialización mediante el poder disciplinario como instancia normalizadora, la cual se caracteriza por mecanismos disciplinarios: el ejército, la policía, la cárcel, la escuela, el hospital, la familia, entre otros. Cada uno conforma una serie de tecnologías de poder para disciplinar, constituir y normalizar al sujeto moderno, al cual es posible comprenderlo por medio de las prácticas y verdades surgidas por este tipo de tecnologías, las cuales poseen historicidad.

En la Europa medieval, las comunidades religiosas habían desarrollado tecnologías disciplinarias y normativas del sujeto y como tales, tienen modos de enunciación, producen prácticas y verdades y forman parte de la sociedad medieval (Foucault, [2003] 2007: 60). El ascetismo, el orden, la salvación del alma por medio del abandono del cuerpo constituyen el antecedente más próximo a los mecanismos disciplinarios. Las prácticas ascéticas son transferidas a otros dispositivos tales como la cárcel, cuyo símbolo más representativo es el modelo de El Panóptico de Jeremy Bentham.

El diseño del panóptico es una estrategia de vigilancia absoluta para el sistema carcelario (Foucault, [1975] 2002: 203-204; [2003] 2007: 96-98). Su arquitectura posibilita encerrar a los criminales en celdas individuales, observar en todo momento lo que sucede en el interior de cada una de ellas por medio de una sola persona. El efecto que produce esta arquitectura es sentirse vigilado sistemáticamente por la mirada de los celadores, quienes siguen las órdenes de la figura de autoridad invisible para cada uno de los reclusos. La arquitectura del panóptico, el que ve todo, y su eficacia simbólica es extrapolada a varios ámbitos de la vida cotidiana como lo es la institución familiar.

Siendo el poder disciplinario una de las formas de normalización y socialización del individuo, la familia se convierte en uno de sus mecanismos por excelencia (Foucault,

[2003] 2007: 105). En su vida privada, se conforma una sensibilidad moral orientada a socializar a cada uno de sus miembros por medio del orden y la disciplina; el surgimiento de la función *psi* está enraizada en la soberanía de la familia, la cual establece los primeros parámetros para identificar indicios de anormalidad en sus miembros.

La idea de la soberanía de la familia, heredada por el poder de soberanía de la época medieval, era que los acontecimientos en su seno pertenecían a la esfera de lo privado; sin embargo, esta soberanía era trastocada cuando uno de sus miembros enloquecía y, ante la imposibilidad de mantener a un loco en ella, se solicitaba la interdicción del Estado para garantizar la reclusión del loco.

La locura era considerada una cuestión pública, mientras que la vida de la familia era privada. Entonces, se puede decir que la familia se convirtió en uno de los dispositivos disciplinarios porque era el primero que identificaba la anormalidad (Foucault, [2003] 2007: 114, 143). Como dispositivo encargado de la constitución del niño, éste fue blanco de la intervención protopsiquiátrica. Si la locura era un problema social a corregir, entonces, las prácticas preventivas estaban enfocadas a evitar la degeneración de los niños.

Desde esta perspectiva, la llamada salud mental preventiva tiene sus raíces en la prevención de problemas de desarrollo, de la detección de la idiotez y de la degeneración en el siglo XIX. La psiquiatrización de la infancia y los modos de generalización del poder psiquiátrico fue posible gracias a que la sociedad capitalista necesitaba mano de obra funcional capaz de mantener el orden socioeconómico. Se fraguaba una ciencia objetiva que evitaría o, en su caso, corregiría a los enfermos.

En suma, la locura, el sujeto de la locura y su sinrazón eran un peligro para la sociedad en su conjunto; el Estado, siendo su función mantener el orden social, era el encargado de garantizar la seguridad de un territorio y de una población específica; la generalización del panóptico y su ubicuidad permitía sancionar toda conducta desviada, de manera que pudiera ser proscrita. La psiquiatría se materializa como uno de los dispositivos disciplinarios del Estado y armoniza con la sensibilidad moral del pensamiento moderno.

1. 1. 2 Antipsiquiatría

Recurrir al pensamiento antipsiquiátrico y al antiinstitucional supone abrir una brecha en el paradigma biomédico y el abandono a la indagación crítica sobre los trastornos mentales. Mientras la antipsiquiatría exigía una práctica alternativa a la psiquiatría tradicional al margen del sistema de salud inglés, el movimiento antiinstitucional orientaba una reforma asistencial en la esfera pública con fines de transformación política. Ambas perspectivas convergen en el ámbito de la denuncia de las prácticas alienantes del sistema capitalista.

David Cooper utilizó por primera vez el término antipsiquiatría para describir una experiencia, Villa 21, realizada en un pabellón de un hospital psiquiátrico de Londres (Cooper, [1967] 1976: 84). Para él había una necesidad de producir una práctica alternativa a la psiquiatría tradicional, mediante la cual las personas no fueran invalidadas o violadas más allá del punto al que se hubiera llegado en el momento de ingreso al hospital. Con base en esta experiencia, Cooper cuestionó la violencia institucional y las prácticas del hospital psiquiátrico y utilizó como base la comunidad terapéutica, la cual implica la supresión de los esquemas tradicionales de relación entre el médico y el paciente para ir más allá de sus límites (Schittar, [1968] 1972: 177-179).

Para Cooper, la violencia instaurada en las prácticas de los hospitales psiquiátricos se caracterizaba por la anulación total de la persona enferma, mediante procedimientos rutinarios y estereotipados, orientados al control y coerción del paciente. La violencia es física y simbólica, es decir, la etiqueta de enfermo mental envuelve totalmente su vida y lo designa como un ser violento y peligroso, en consecuencia, el acercamiento entre el personal y los pacientes se sujetan a normas de control y de vigilancia y, por lo tanto, de significación. En este ámbito, es necesario destacar el concepto de inseguridad ontológica como una de las aportaciones teóricas de la antipsiquiatría.

La inseguridad ontológica implica la idea del yo constituido de forma defectuosa e incapaz de responder a la pluralidad de papeles sociales (Laing, [1960] 2006: 35). La constitución del yo y su consabida fragmentación puede entenderse a partir de que la realidad psíquica de la persona se establece sólo si está en relación con otros y de que es delimitada por la forma en la que los demás la rechazan o la aceptan como otra más en el

mundo por medio de mecanismos de confirmación o desconfirmación interpersonales. Sin embargo, también puede suceder que el yo de la persona busque las formas de ser reconocido, siendo el delirio, la alucinación, los síntomas y el cuadro psicótico formas de manifestar un modo de ser en el mundo.

La esquizofrenia, o sea, una enfermedad mental, la alienación, esto es, la acción y el acto de negar la acción en un grupo y sus resultados, y el extrañamiento en las familias, es decir, el sentimiento de estar apresado y ajeno a sus intenciones y actos, son idénticos (Cooper, [1967] 1976: 51). Todas las familias se caracterizan por un grado de alienación con respecto a la realidad personal de cada uno de sus miembros. Desde esta perspectiva, la psicosis puede ser considerada como una forma de liberarse de la alienación. Algunas personas padecen la invasión continua de su espacio subjetivo, al punto de que su existencia parece convertirse en un objeto determinado por las necesidades de otros.

Las aportaciones de los estudios sobre familias de pacientes esquizofrénicos indicaban que al paciente identificado se le asigna implícitamente una identidad no personal, o sea, un estado de cosas sumamente confuso y para dejar de considerarla de este modo, habría que relacionarse con ella implícitamente como persona (Esterson, [1970] 1977: 241). Cuando se invalida a una persona de esta manera, los miembros de una familia pueden estar involucrados en una o ambas esferas de la experiencia personal: en la del ser personal y en la que se asigna la identidad. La invalidación de la persona en los dos ámbitos parece ser la regla en las familias de esquizofrénicos.

La esquizofrenia es como una absorción por otro de la existencia de una persona, o de esa existencia exprimida de sí por ella misma, de modo que finalmente no le queda nada, puesto que está desnuda para el otro (Cooper, [1967] 1976: 59). El sistema de producción capitalista produce una forma de ser y de pensar alienado, esto es, la dominación de unos por otros; la familia es la intermediaria entre la macro y la microcultura de la persona, la cual le inculca valores alienados; cuando la persona siente la incapacidad de sobrellevar estas demandas, sus intentos de autonomía se ven rebasados y puede entrar en un estado de confusión o psicosis. De este modo, la esquizofrenia es considerada como un intento de liberación del sistema alienado.

La psicosis significa un intento de autonomía, esto es, una manifestación de la persona que, ante callejones sin salida, desea adquirir independencia social y es incapaz de hacerlo de otro modo puesto que su vida puede estar sometida a las órdenes de los padres. No hay una existencia de la persona sin la referencia de los otros, la cual es inexistente cuando la vida personal está fusionada con la de los padres. De ahí que Cooper señalara la muerte de la familia nuclear, caracterizada por su carácter represivo, jerárquico y burgués, como una posibilidad de evitar y terminar el carácter alienante de la sociedad capitalista.

Para Laing y Cooper, la patología psiquiátrica debe considerarse una experiencia, un viaje o un pasaje, razón por la cual es necesario dejar en libertad a las personas con problemas mentales para efectuar una regresión, una experiencia que acompañaría el terapeuta, la cual sería su papel principal. Las aspiraciones de cambio del modelo psiquiátrico imperante a otro que reconociera la psicosis como un modo de ser en el mundo serían imposibles en la medida en que los mismos psiquiatras era portadores de la violencia instituida por el Estado, cuestión también señalada por el movimiento antiinstitucional.

El movimiento antiinstitucional se caracterizó por la posibilidad de la reforma asistencial con el fin de vaciar los manicomios y los hospitales psiquiátricos y crear comunidades de cuidado alternativos para los enfermos mentales, lo cual se conoce como desinstitucionalización que, en una propuesta teórica radical, puso entre paréntesis la enfermedad mental y la psiquiatría. Algunos de los argumentos sustantivos del movimiento italiano radican en que el hospital psiquiátrico y el manicomio se habían convertido en lugares de transmisión de la ideología dominante y los técnicos del saber, psiquiatras, psicólogos y enfermeros, eran los encargados de asegurarlos.

La función social de la psiquiatría está sustentada en el sistema económico productivista y en el de los valores que representa y el psiquiatra, como uno de los técnicos del saber práctico, es ejecutor material de las ideologías y de los crímenes de la paz legalizados y justificados (Basaglia, 1972b: 51; Basaglia y Basaglia Ongaro, [1975] 1981: 14-15). En la sociedad capitalista la función de las instituciones destinadas a la organización de la anormalidad se materializa en dirigir todo lo que obstaculice el proceso productivo; desde el momento en que los límites de la norma se han fijado en términos de productividad, la enfermedad mental, como cualquier otro tipo de inferioridad que margine

al sujeto del campo productivo, asume socialmente una significación irreversible y estigmatizante para la clase más pobre y toda ideología específica define técnicamente la diferencia.

Desde el punto de vista del movimiento antiinstitucional, la institución psiquiátrica asume la función de cobertura ideológica de una ignorancia técnico-científica (Basaglia, 1972a: 20-23). La descripción puramente cuantitativa de los síntomas se debe a la imposibilidad del psiquiatra por mantener al enfermo mental como problema planteado e irresuelto y a la necesidad de encubrir esa incompetencia mediante un esquema clasificatorio. El diagnóstico psiquiátrico asume el significado de un juicio de valor y se materializa en un etiquetamiento, lo cual se traduce en que la psiquiatría aísla el enfermo y detiene el curso de su vida para ocuparse de la definición abstracta de una enfermedad y de la clasificación de los síntomas.

La negación de la institución psiquiátrica apelaba a la negación de la violencia instituida por la sociedad y el Estado hacia los enfermos mentales, donde el hospital y el manicomio han sido lugares de invisibilización del enfermo psiquiátrico con el propósito de mantener el orden social; los anormales son encerrados ante la imposibilidad de la sociedad de tenerles un lugar que no sea el encierro y, por lo tanto, se trata de la negación de una realidad humana. A finales de 1961 en Italia, la experiencia del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, donde Basaglia junto con un equipo de psiquiatras convirtieron el hospital en una comunidad terapéutica y, luego, propusieron devolver al enfermo mental a la sociedad con el fin de desmontar el manicomio, significó poner en tela de juicio, mediante la suspensión de juicio institucional, las estructuras que permiten la perpetuación de una realidad coercitiva y opresiva (Vascon, [1968] 1972: 123).

Debido a que la violencia y la exclusión se basan en todas las relaciones susceptibles de instaurarse en nuestra sociedad, se trató de negar la violencia ejercida por aquellos que están de parte del sistema, sobre aquellos que se encuentran irremediabilmente colocados bajo su dominio (Basaglia, [1968] 1972: 131-132). La familia, la escuela, la fábrica, la universidad y el hospital son instituciones fundamentadas en una clara distribución de papeles. La subdivisión de los roles, tales como señor y siervo, maestro y alumno, dirigente y subalterno, médico y paciente, expresa una relación de

opresión y de violencia entre poder y no-poder que se transforma en la exclusión del segundo por el primero.

El riesgo que avizoró Basaglia para el movimiento antiinstitucional fue el del bloqueo de su acción contestataria por medio del perfeccionismo técnico y en negar, a la vez, su significación esencial, esto es, que una vez sobrepasado el estadio de la subversión institucional, se encerrara en un perfeccionamiento interno, estéril y falto de profundidad. Entonces, la desinstitucionalización implicaba la idea de desmontar los discursos y las prácticas que sometían a los pacientes psiquiátricos a la opresión y la exclusión.

En suma, la antipsiquiatría y el movimiento antiinstitucional, desde una postura radical, convergen en su carácter de denuncia a las prácticas alienantes del sistema y de la sociedad capitalista. La violencia instituida en el manicomio y en el hospital psiquiátrico fue denunciada por estos movimientos como modos de atender el problema de la psicosis sin resolverlo, lo cual cuestiona las prácticas y saberes instituidos por los técnicos del saber y la naturaleza misma de sus prácticas alienantes.

1. 1. 3 Institución total

Otra lectura paradigmática sobre la psiquiatría y sus instituciones es el estudio de las instituciones totales y la conformación del yo del paciente psiquiátrico. Desde esta perspectiva, el manicomio y el hospital psiquiátrico son considerados instituciones totales, las cuales asisten a aquellas personas que, incapaces de cuidarse a sí mismas, constituyen una amenaza involuntaria para la comunidad. El yo del paciente psiquiátrico es estigmatizado y sus efectos perduran en cada ámbito de su vida cotidiana.

Una institución total es aquella que absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierta manera un mundo propio (Goffman, [1961] 2009: 20-22). La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir una forma material: puertas cerradas, bardas altas, alambres de púas, acantilados, ríos, bosques o pantanos.

Las instituciones totales se caracterizan por el ordenamiento social básico e implica una irrupción en las actividades ordinarias y cotidianas del individuo, tales como dormir,

comer, jugar y trabajar. Todos los aspectos de su vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad; cada etapa de su actividad diaria se realiza en la compañía de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas; todas las etapas de las actividades están programadas, sistematizadas, prefijadas e impuestas por un sistema de normas formales explícitas y por un cuerpo de funcionarios, cuya función específica es de vigilancia, en condiciones en las que la infracción de un individuo se destaca contra el fondo de sometimiento general.

La carrera moral del paciente psiquiátrico es uno de los efectos subjetivos de las instituciones totales (Goffman, [1961] 2009: 135). Este término implica la trayectoria social del paciente psiquiátrico en el curso de su vida, donde uno de sus acontecimientos vitales es su paso por el hospital psiquiátrico. En la modernidad, el manicomio y el hospital psiquiátrico han sido los únicos lugares posibles para el enfermo mental; la sociedad busca en ellos prescribirlo y colocarlo en el lugar de la exclusión social. La identidad social del yo se ve trastocado en un yo estigmatizado por la psiquiatría asilar.

Una enfermedad mental puede ser causa de estigma para la persona que se le detecta en un hospital, establecimiento que le atribuye un estatuto de peligrosidad para él mismo y para la sociedad, le retira sus derechos civiles, lo denigra a la condición de enfermo y lo reduce al grupo de los social y legalmente excluidos (Goffman, [1963] 2008: 17). La carrera moral del paciente psiquiátrico puede comenzar en el momento en que aparece el cuadro psicótico y se le diagnóstica una enfermedad mental. De alguna manera, esto marca de forma indeleble el yo del paciente psiquiátrico en la familia, los grupos y la comunidad.

Si las prácticas de encierro aniquilan la identidad del yo, el manicomio y el hospital psiquiátrico como instituciones totales la deterioran al convertirlo en enfermo o paciente psiquiátrico como posibilidad de existencia. Una vez que un enfermo mental que es dado de alta por remisión de síntomas, podrá dejar de ser paciente para convertirse en expaciente, pero su cualidad de enfermo jamás se borrará del plano social; se convertirá en un riesgo potencial para él mismo, su familia, sus amigos y la sociedad. El diagnóstico de enfermo mental ha sustituido a la nave de los locos para colocarlo en un campo nuevo de control social.

1.2 Esquizofrenia

La esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico y se refiere al grupo de los trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad. Esta definición entrelaza su naturaleza ontológica, esto es, una enfermedad y, su naturaleza epistemológica, es decir, el modo de estudiarla y tratarla es bajo la mirada biomédica. En la primera mitad del siglo XX, la acuñación del término implicó fuertes debates sobre su naturaleza ontológica y epistemológica; sin embargo, después del descubrimiento de los neurolépticos, la perspectiva biomédica cobró predominio y la ha acotado a causas biológicas, la cual obstaculiza la posibilidad de estudiarla desde otras perspectivas no biomédicas.

1.2.1 *Dementia praecox*

En la sexta edición de su *Tratado* de 1899, Emil Kraepelin acuñó el término *dementia praecox* para definir lo que la psiquiatría moderna denominó esquizofrenia (Garrabé, [1992] 1996: 42). La nosología kraepeliniana fue descrita como un sistema de rigidez absoluta. Kraepelin elaboró y propuso ante la comunidad psiquiátrica el término de *dementia praecox* con base en formulaciones diferentes, observaciones empíricas y críticas a sus planteamientos, lo cual lo encauzaría a distinguir la psicosis maniaco depresiva y la paranoia. Había un espacio donde podía desarrollarse una tercera categoría, la *dementia praecox*, la cual sería reemplazada más tarde por la psicosis esquizofrénica.

Dado que antes de la Primera Guerra Mundial el intercambio de conocimientos científicos entre Francia y los países de habla alemana era constante, las ideas de Kraepelin y el psicoanálisis encontraron un diálogo, el cual permitió contrastar los descubrimientos y las teorías en torno a la *dementia praecox* (Garrabé, [1992] 1996: 58-59). En particular, Kraepelin tomó en cuenta las críticas sobre la *dementia praecox* relativas al abandono del análisis psicológico de los síntomas por abocarse a éstos como signos objetivos o casi objetivos. Eugène Bleuler retomó las aportaciones del psicoanálisis sobre la *dementia praecox* y propuso el término esquizofrenia.

En 1911, Eugène Bleuler publicó un texto sobre el grupo de las psicosis esquizofrénicas, el cual es considerado como el acta de nacimiento de la esquizofrenia

moderna (Garrabé, [1992] 1996: 59). La nosología de Bleuler distinguió cuatro subgrupos de psicosis esquizofrénicas: la hebefrenia, la cual se caracteriza por el hecho de que la debilitación se da sin que se tome en cuenta la edad de aparición; la catatonía, que se distingue por la rigidez del cuerpo; la paranoide, la cual se concibe de manera amplia por estados de delirios, lenguaje desorganizado y pensamiento suspicaz y la esquizofrenia simple, el subgrupo más discutible porque Bleuler sólo refirió que los enfermos no presentan más que los signos fundamentales, es rara en los asilos y su manifestación más reconocible es la marginación social.

Bleuler recurrió a la psicopatología para describir un número de síntomas fundamentales que cimentaban la unidad del grupo de las psicosis por sus características comunes. Para él, las psicosis esquizofrénicas evolucionan crónicamente o, en algunos casos, por episodios, pero no incluyen una restitución integral, es decir, se trata de una curación total imposible y tiene tres características comunes.

La primera característica es la *Spaltung*, esto es, el cisma o la escisión de las funciones psíquicas en complejos independientes que comprometen la unidad de la personalidad, la cual está dominada por uno u otro de tales complejos. La segunda consta de los trastornos asociativos, los cuales tienen el mismo origen psíquico y cuya prueba de asociaciones sirve para explorar las representaciones inconscientes complejas. Y la tercera consiste en los trastornos afectivos, o sea, la alteración de las funciones fundamentales, los cuales explican la discordancia de los sentimientos y la ambivalencia del espíritu esquizofrénico.

La distinción entre síntomas primarios o fisiógenos y síntomas secundarios o psicógenos es fundamental para la construcción del modelo teórico de la esquizofrenia de Bleuler (Garrabé, [1992] 1996: 60). Él admitió la existencia de un proceso que provoca directamente los síntomas primarios, en tanto que los secundarios serían debidos tanto a las modificaciones indirectas de las funciones psíquicas como a los intentos de adaptación a los trastornos primarios. En estas ideas es posible identificar las aportaciones del psicoanálisis acerca del delirio como una tentativa de curación y de reinvestimento libidinal de la realidad exterior, esto es, la movilización y transformación de la energía pulsional por el

aparato psíquico, que tiene por consecuencia relacionarla con una o varias representaciones inconscientes.

En 1911, algunos de los enfermos diagnosticados de psicosis esquizofrénica ya habían sido tratados por medio del psicoanálisis por Carl Gustav Jung, quien fue corresponsal de Sigmund Freud de 1906 a 1909 (Garrabé, [1992] 1996: 61-63). Sabina Spielrein fue una de sus pacientes, quien había viajado a Zúrich para realizar estudios de medicina y seguir con un tratamiento médico. En 1905 ella fue hospitalizada y comenzó a ser tratada por Jung, quien la consideró como un caso de histeria grave y cuyo primer traumatismo lo identificó a la edad de 3 y 4 años, cuando ella observó a su padre golpear a su hermano mayor con las nalgas descubiertas. Jung asoció esta experiencia traumática a la descripción de un ritual de defecación autoerótica, ante la cual Freud le respondió mediante sus aportaciones sobre el autoerotismo anal.

Para Freud, el traumatismo de Spielrien sufrido a la edad de cuatro años debió despertar una huella mnésica. Desde su perspectiva, el traumatismo psíquico supuestamente generador de la psicosis debía buscarse en un estadio cada vez más temprano de la vida psíquica. Jung publicó este caso como psicosis histérica con base en los estudios de Freud sobre la histeria, la cual la consideró como el resultado de un trauma psicosexual vivido en la infancia y reprimido.

El análisis de Jung había terminado en una relación amorosa con Spielrien, quien había mejorado; en 1911, ella concluyó su tesis de medicina sobre el contenido psicológico de un caso de esquizofrenia. En este trabajo, Spielrien utilizó el material clínico de otra enferma tratada por Jung, cuyas conclusiones proponen una teoría de la esquizofrenia y se resumen en que el inconsciente disuelve el presente en el pasado; el futuro también se transforma en pasado porque los conflictos se representan mediante símbolos antiguos; el inconsciente se despoja al porvenir de su significación autónoma; el futuro personal deviene pasado filogenético general y este último recibe al mismo tiempo para el individuo el significado del porvenir (Garrabé, [1992] 1996: 64).

Al interrogarse sobre el miedo que inspira en el ser humano la sexualidad y sobre los mecanismos de defensa como la angustia y el desagrado que suscita el instinto de procreación, Spielrien postuló que los provocan los sentimientos llamados por el

componente destructor del instinto sexual mismo. En otras palabras, ella propuso que la aceptación de la autodestrucción individual es inseparable del instinto sexual, el cual tiende, a la vez, a la supervivencia de la especie. De hecho, para ella fue esclarecedor estudiar las representaciones de muerte que acompañan a diversas formas de autosatisfacción.

Para Spielrien, el autoerotismo se vuelve peligroso debido a la separación de la identidad sexual que hace que, para amar su propia imagen metamorfoseada en el otro sexo, el sujeto esté presto a autodestruirse en su propio sexo. La descripción de este proceso permitiría, según ella, poner en evidencia el componente homosexual encontrado sistemáticamente en los enfermos de *dementia praecox*, quienes viven en un estado de supresión erótica.

En 1911, Jung modificó el concepto freudiano de la libido y propuso separar toda definición exclusivamente sexual de esta noción (Jung, [1912] 1998: 145-146). Para él, la libido es una concepción energética de la vida psíquica y lo que singulariza a la esquizofrenia es que hace surgir una psicología arcaica y debido a la desaparición de lo real, no aparece una intensificación de la sexualidad sino un mundo imaginario que posee rasgos arcaicos evidentes, el cual está poblado de imago, es decir, una representación inconsciente o esquema preexistente en cierto modo filogenético. Para Jung la esquizofrenia es una forma de vida psíquica marcada por la prevalencia de estos arquetipos.

Jung consideró imposible explicar el autismo o el autoerotismo por medio de la teoría sexual de la libido. Esto lo condujo a transformar su interpretación psicoanalítica, puesto que ésta ya no se apoyaba en el análisis de la organización libidinal sino en el de las estructuras internas del alma humana. Entonces, Jung difería de la idea de la naturaleza puramente sexual de la libido o de la existencia de un componente autodestructivo en el instinto sexual.

En contraste, la teoría psicoanalítica de la paranoia interpretaba el delirio de persecución como el resultado de la proyección de una homosexualidad inconsciente (Freud, [1911 {1910}] 2005: 45). Freud rechazó que el conjunto de la paranoia pasara dentro de la *dementia praecox* o como parte de las demencias esquizofrénicas. Para él, el carácter esencial de la concepción bleuleriana es la *Spaltung*, la cual no es propia de la esquizofrenia en el sentido restringido, sino del conjunto de las psicosis delirantes crónicas.

En 1911, a partir de la teoría sexual de la libido, Freud sugirió establecer una distinción entre la esquizofrenia y la paranoia porque se puede separar la segunda de la *dementia praecox* por el mecanismo de retorno a lo reprimido, esto es, la formación de síntomas, aun cuando la represión presente en ambos se caracterizara por el desapego de la libido del mundo exterior y su regresión al yo (Freud, [1911 {1910}] 2005: 70-71). Freud agregó que el nombre más apropiado sería el de parafrenia, esto es, un término cuyo sentido es indeterminado y expresa la relación existente entre esta afección y la paranoia y que recuerda a la hebefrenia, la cual queda ahí comprendida.

Freud reconoció a Karl Abraham como el primero en establecer que el hecho de que la libido se aleje del mundo exterior constituye un carácter claro de la *dementia praecox*, ya que ésta destruye la capacidad de transferencia sexual, de amor objetal y que la sobreestimación sexual reflejada en el yo es la fuente del delirio de grandeza de la *dementia praecox* (Freud, [1911 {1910}] 2006: 71). Además, reconoció el mérito de Jung por haber señalado que las ideas delirantes son el resultado de los esfuerzos desesperados por restablecer los investimentos objetales perdidos.

Pero mientras que esta tentativa de curación tiene como mecanismo a la proyección en la paranoia, en la esquizofrenia recurre al mecanismo alucinatorio, ideas que permitieron a Freud sustentar que el cuadro clínico de Schreber merecía el nombre de demencia paranoide, ya que el fantasma del deseo y las alucinaciones, por una parte, eran rasgos de orden parafrénico, pero por otra, la causa y el resultado de la enfermedad y el mecanismo de proyección eran de naturaleza paranoica.

En 1914, Freud introdujo la noción de narcicismo, sustentada en la idea del narcicismo primario normal cuando comenzó a someter los conceptos de *dementia praecox* y esquizofrenia a la hipótesis de la teoría de la libido (Freud, [1914] 2005: 72). En la esquizofrenia, el destino de la libido separada de los objetos se traslada al yo, tanto que aparece una actitud que Freud la calificó como narcisista. El narcicismo surge por la introversión de los investimentos objetales sobre el yo como un estado secundario construido sobre la base de un narcicismo primario. Estas ideas condujeron a Freud a distinguir la libido yoica de la libido de objeto.

Puesto que Jung criticó la concepción exclusivamente sexual de la libido que Freud había defendido hasta entonces, el estudio de este grupo de psicosis por el psicoanálisis orientó a Freud a modificar su teoría de la libido: la libido dejó de ser exclusivamente sexual para dividirse en pulsiones sexuales y pulsiones del yo, una fuerza que opone a las pulsiones de vida y a las pulsiones de muerte en la lucha de Eros y Tánatos (Garrabé, [1992] 1996: 87). De acuerdo con Jean Garrabé, en la segunda década del siglo XX, este giro de la teoría psicoanalítica freudiana fue resultado de la imposibilidad de explicar la psicopatología de las psicosis esquizofrénicas por medio de la teoría de la libido tal como Freud la había formulado: como una pulsión única y exclusivamente sexual.

Por otra parte, Jacques Lacan retomó el hecho de que Freud considerara que el campo de las psicosis se dividiera en dos, la paranoia y la parafrenia, que corresponde al campo de las esquizofrenias en psiquiatría. En sus seminarios sobre la psicosis, reinterpretó el llamado caso Schreber para brindar sus aportaciones sobre la estructura del fenómeno psicótico. Siguiendo las aportaciones del lingüista Ferdinand de Saussure, utilizó los conceptos de lo simbólico, lo imaginario y lo real para explicar el mecanismo operante de la psicosis.

El concepto de *Verwerfung*, traducido al español como forclusión, designa el mecanismo específico operante en la psicosis, es decir, el rechazo y la expulsión de un significante fundamental del universo simbólico del sujeto (Lacan, [1981] 2009: 126-128). Cuando se produce este rechazo, el significante está forcluido y no está integrado al inconsciente. La no inscripción del significante en el inconsciente es un mecanismo más radical que el de la represión. Para los contenidos que fueron objeto de la represión, el retorno de lo reprimido es un proceso psíquico que acontece mediante diversas formaciones del inconsciente, tales como sueños, actos fallidos y síntomas neuróticos. En el caso de la *Verwerfung*, el retorno es en forma de alucinatoria, es decir, lo forcluido retorna en lo real.

La metáfora paterna tiene una función estructurante puesto que es la fundadora del sujeto psíquico como tal. Por lo tanto, si algo falla en la represión originaria, la metáfora paterna no se produce (Dor, 1994: 111-113). La *Verwerfung* permite comprender, según Lacan, por qué ciertos mecanismos característicos de las neurosis, en especial la represión, no permiten explicar el advenimiento del proceso psicótico; en segundo lugar, permite

explicar cuál es la aptitud del mecanismo de forclusión para especificar el proceso psicótico cuando afecta a este significante particular: el Nombre del Padre. Si el Nombre del Padre está forcluido en el lugar del Otro, la metáfora paterna ha fracasado de manera tal que, para Lacan, eso es lo que constituye la carencia que le da a la psicosis su condición esencial con la estructura que la separa de las neurosis.

Las ideas psicoanalíticas sobre la psicosis y la esquizofrenia no se agotan en el debate entre Freud, Jung y Spielrein y las aportaciones de Lacan. Hubo quienes desarrollaron las ideas retomando y reinterpretando la doctrina psicoanalítica; otros recurrieron a aportaciones de tipo filosófico y sustentando que la esquizofrenia es una enfermedad mental asentada en el cerebro, cuyos síntomas y signos son secundarios. Revisaré, a modo de ejemplos, algunas de estas aportaciones.

1. 2. 2 Conceptos

Eugène Minkowski consideró la esquizofrenia como una enfermedad de causas biológicas. Hay dos conceptos que le ayudaron a sustentar teóricamente su propuesta: la esquizoidia y sintonía como fundamentos tanto de la esquizofrenia como de la psicosis maniaco-depresiva. A partir de la elucidación de estos conceptos, él retomó el pensamiento filosófico de Bergson sobre el contacto vital con la realidad.

La esquizoidia es el terreno sobre el cual se fundamenta el comportamiento esquizoide que eventualmente puede resultar en esquizofrenia (Minkowski, [1927] 2001: 64). La esquizoidia es la predisposición de la esquizofrenia, un factor constitucional específico más o menos invariable a lo largo de la vida individual y un factor nocivo de naturaleza evolutiva capaz de determinar un proceso mórbido mental. Además, la esquizoidia se caracteriza por un retraimiento de la realidad que se agudiza conforme evoluciona la edad del paciente.

En cambio, la sintonía en la psicosis maniaco-depresiva se refiere a que el paciente mantiene el contacto con la realidad, aun cuando su comportamiento y el análisis clínico evidencien la manifestación de comportamientos bizarros. En el estado maniaco, el paciente puede mostrar ideas y conductas exacerbadas tales como la euforia; en el estado depresivo el paciente puede llegar al extremo de retraerse del mundo social pero sin perder

contacto con éste. Es decir, a pesar de la exacerbación de ideas y comportamientos, en la psicosis maniaco-depresiva el paciente se mantiene sintónico con la realidad.

Ante el problema clínico, psicopatológico y médico que supone especificar qué es la esquizofrenia, Minkowski propuso la noción de contacto vital con la realidad para referirse a los factores irracionales de la vida (Minkowski, [1927] 2001: 88). Los esquizofrénicos pierden el contacto vital con la realidad, caso contrario a las personas que sufren algún tipo de discapacidad motora, visual o cognitiva. El contacto vital con la realidad apunta a la esencia de la personalidad viviente en relación con el medio. En otras palabras, la noción de contacto vital con la realidad supone revelar el carácter psicológico de la vida humana.

En este sentido, el trastorno esencial de la esquizofrenia y el pensamiento esquizofrénico es la pérdida del contacto vital con la realidad. El término de *dementia praecox* atribuía que las personas podrían sufrir una enfermedad mental que los conducía a un estado de demencia y deterioro irreversible, esto es, a la degeneración de las facultades mentales. Sin embargo, este deterioro no era tan evidente en todos los casos ya que el discurso de los esquizofrénicos se caracteriza por un exceso de racionalismo y geometrismo morbosos. La pérdida del contacto vital con la realidad encauza al esquizofrénico a desprenderse del mundo en sus ideas y razonamientos excéntricos.

Desde otra perspectiva, Norman Cameron ([1990] 2011: 164) retomó las aportaciones del psicoanálisis para incorporarlas a lo que él llamó sistema psicodinámico, o sea, una organización conceptual formada por funciones mentales entrelazadas. Él consideró como componentes racionales e irracionales de este sistema el yo, el ello y el superyó y las representaciones mentales del cuerpo, del yo, de los papeles biopsicosociales y de la realidad, los cuales dependen de la acción integradora del sistema nervioso central para mantener íntegras las funciones. Si se desintegran las actividades fisiológicas del sistema nervioso central, también las del sistema psicodinámico; en cambio, si el sistema psicodinámico se desintegra, la fisiología del sistema nervioso central sigue funcionando.

Cameron utilizó el concepto de reacciones esquizofrénicas para designar los intentos regresivos de escapar de la tensión y la ansiedad mediante el abandono de las relaciones de objeto interpersonales realistas y la construcción de delirios y alucinaciones (Cameron, [1990] 2011: 568-569). Esta definición considera que todos los síntomas de las reacciones

esquizofrénicas son señales de irrupciones provenientes de los procesos primarios del inconsciente. En este sentido, el origen de la esquizofrenia radica en la intrusión del material del proceso primario, el cual debió haberse mantenido fuera de las organizaciones conscientes y preconscientes.

Para Cameron, el esquizofrénico sufre una regresión dual y conforme evoluciona intenta conservar el contacto perdido con la realidad objetiva; su conducta manifiesta es un conglomerado de productos regresivos, intentos reconstructivos por recuperar el contacto con la realidad y los residuos y experiencias normales todavía conservados. En esta lógica, los delirios y las alucinaciones expresan tanto la regresión como el intento de manejar la atmósfera social.

En contraste, Henri Ey propuso la idea de una organización jerarquizada de la mente, la cual brinda un modelo arquitectónico de la organización psíquica alucinatoria (Garrabé, [1997] 2002: 29, 48-49). Henri Ey destacó, a la vez, las bases orgánicas como la herencia, la fisiopatología y los neurotransmisores, y la perspectiva dinámica psicoanalítica, basada en la escucha de la palabra del sujeto. A partir del órganodinamismo, esto es, una síntesis entre los síntomas psiquiátricos y los datos neurofisiológicos, Ey se basó en la idea de que la falla de una determinada función puede engendrar el desarrollo excesivo de otra adyacente.

Henri Ey ([1978] 2006: 326-327) colocó a las psicosis esquizofrénicas en el ámbito de las enfermedades mentales crónicas, esto es, aquellas que, por su organización permanente, aunque no siempre irreversible, constituyen formas patológicas de existencia y se caracterizan por conformar trastornos mentales durables, estables y, a veces, progresivos y modificar el sistema de la personalidad. Al describir el grupo de enfermedades crónicas, Ey se refiere a su estructura, es decir, la desorganización diacrónica del ser consciente. Dicha desorganización constituye en sí misma una tendencia fundamental tanto a soñar su existencia como a detenerla e, incluso, a renunciar a ella.

Ey ([1978] 2006: 473-474) define la esquizofrenia como una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada en el género de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse

en un pensamiento autístico. En general, se entiende por psicosis esquizofrénica a un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes, las alucinaciones mal sistematizadas y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de sentimientos, que tienden a evolucionar hacia un déficit y disociación de la personalidad.

A diferencia de las tres lecturas presentadas párrafos arriba sobre la esquizofrenia, la *American Psychiatric Association* (APA) ha publicado el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV, Texto Revisado (DSM-IV-TR por sus siglas en inglés), cuyos autores han asumido una posición ateórica, esto es, la descripción de los trastornos mentales en términos de fenómenos observables en lugar de presentarlos a partir de sus posibles causas. Los autores del DSM-IV-TR trataron de asegurar que los diagnósticos cumplieran el criterio de confiabilidad, es decir, que un diagnóstico dado se aplique de forma consistente a cualquiera que presente un conjunto particular de síntomas.

El DSM-IV-TR (APA, 2000: 280) describe la esquizofrenia como un trastorno que tiene una gama mental de síntomas, la cual incluye alteraciones de contenido del pensamiento, la forma del pensamiento, la percepción, el afecto, el sentido de sí mismo, la motivación, la conducta y el comportamiento personal. La esquizofrenia es considerada un trastorno complejo y multifacético, cuyo aspecto esencial para su diagnóstico es la presencia de una perturbación notoria de al menos seis meses de duración. En este periodo existe una fase activa de síntomas tales como delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, conducta perturbada y síntomas negativos, por ejemplo, mutismo o falta de iniciativa.

La mayoría de los casos tienen una fase llamada prodrómica, es decir, un periodo previo a la fase activa, en el cual el individuo muestra un deterioro progresivo en el comportamiento social e interpersonal. Esta fase se caracteriza por diversas conductas desadaptadas como aislamiento social, incapacidad para realizar un trabajo productivo, excentricidad, poco arreglo personal, emociones inapropiadas, pensamiento y lenguaje peculiares, creencias poco usuales, experiencias perceptuales extrañas y disminución de energía e iniciativa.

En muchas personas la fase activa es seguida por una residual, en la cual existen continuos indicadores de perturbación similares a las conductas de la fase prodrómica. Durante la presencia de la perturbación, las personas con esquizofrenia experimentan serios problemas en el trabajo, las relaciones, la escuela y el autocuidado. Los síntomas de la esquizofrenia cubren un rango de categorías que van desde perturbaciones extremas del contenido del pensamiento hasta conductas desorganizadas. Las características que definen este trastorno son los delirios, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado, la alteración de la conducta, los síntomas negativos y las disfunciones sociales y laborales.

Las conceptualizaciones sobre la esquizofrenia han conducido a debates extensos y desencuentros entre las ciencias que han tratado de explicarla. A pesar de los avances en la comprensión de la bioquímica del cerebro, las aportaciones del psicoanálisis sobre las psicosis, las reflexiones filosóficas y las investigaciones epidemiológicas, el problema sobre la definición, el origen y el eventual descubrimiento de la cura de la esquizofrenia son cuestionables. Para cerrar este apartado, retomaré algunas de las críticas a los fundamentos científicos sobre la esquizofrenia y su función en la práctica psiquiátrica.

1. 2. 3 Invención

En este apartado recurriré a las críticas sobre el concepto de esquizofrenia como enfermedad o trastorno mental. Esta elucidación implica una forma de desmontaje conceptual que me servirá para mostrar el estatuto biomédico de este grupo de las psicosis y el carácter controversial de reducir a esa perspectiva las discusiones teóricas y conceptuales. De hecho, aunque la esquizofrenia sea considerada un trastorno mental, esta concepción posee historicidad y puede ser entendida como una de las formas de objetivación de la psicosis por medio del orden manicomial y hospitalario.

El DSM-IV-TR (APA, 2000: xxxi) define el trastorno mental como un síndrome o pauta conductual o psicológica clínicamente significativa, el cual ocurre en un individuo y está asociado a una perturbación o incapacidad o a un riesgo significativo de morir, sufrir dolor o pérdida importante de la libertad. Para que sea considerado clínicamente significativo, el trastorno debe estar presente a lo largo del tiempo y afectar de manera

significativa la vida de la persona. Además, este concepto es utilizado en aquellos casos en los que la etiología biológica es indeterminada.

En la literatura, el objeto de estudio de la psiquiatría es descrito como padecimiento mental, trastorno mental o enfermedad mental. Para Mary Boyle ([1990] 1993: 161-163), acotar las conductas psicóticas a manifestaciones de la enfermedad mental sugiere la idea de algún tipo de disfunción cerebral y, por ende, justifica su tratamiento biomédico. Dicho de otro modo, estos términos determinan que el tratamiento de las enfermedades mentales sea eminentemente médico a pesar de la ausencia de datos empíricos que lo justifiquen.

De hecho, el concepto de trastorno mental legitima socialmente los servicios de salud mental en las sociedades. Para Néstor Braunstein ([1980] 1982: 46), la clasificación de los trastornos mentales es producida como respuesta y justificación a la demanda e, incluso, insta nuevas demandas; además, el conglomerado de ítems de los trastornos constituye objetos de investigación y tareas psiquiátricas y, en consecuencia, la clasificación designa y ubica a los objetos de la práctica y del discurso psiquiátrico en un espacio topológico unificado que legitima su existencia.

De acuerdo con Thomas Szasz ([1961] 1973: 23) el concepto de enfermedad mental se fundamenta en fenómenos como la sífilis y estados delirantes derivados de intoxicaciones en que las personas pueden manifestar determinados trastornos de pensamiento y de conducta. En psiquiatría, se da por supuesto que los trastornos mentales son enfermedades del cerebro y que eventualmente se descubrirá algún defecto neurológico, cuya revelación explicará los trastornos del pensamiento y de la conducta conforme al progreso de los hallazgos científicos.

La diferencia entre una enfermedad mental y otra orgánica es que la primera, al afectar al cerebro, se manifiesta por medio de síntomas mentales, mientras que la segunda, al afectar otros sistemas orgánicos, se manifiesta a partir de síntomas ubicados en alguna parte del cuerpo. Para Szasz, si una enfermedad cerebral es un defecto neurológico, los delirios y alucinaciones no pueden explicarse por una enfermedad del sistema nervioso, en consecuencia, su elucidación debe buscarse por otras vías. Sin embargo, la tendencia de la perspectiva biomédica radica en interpretar las comunicaciones referentes a nosotros mismos y al mundo circundante como síntomas del funcionamiento neurológico.

El error subyacente al hablar sobre enfermedades mentales consiste en establecer un dualismo entre los síntomas físicos y mentales. En la práctica médica, cuando se habla de trastornos orgánicos, se alude a signos y síntomas; en cambio, cuando se habla de síntomas psíquicos, se apela a comunicaciones del paciente acerca de sí mismo, de los demás y del mundo que lo rodea. La noción de síntoma psíquico está ligada al contexto social y, en particular, al contexto ético donde se la formula, de la misma forma en la que la noción de síntoma orgánico está vinculada a un contexto anatómico y genético. De ahí que la noción de enfermedad mental resulte en la simplificación y reducción de los conflictos humanos a causas neurológicas.

En este sentido, de acuerdo con Mary Boyle ([1990] 1993: 53, 59), la validez científica del concepto de esquizofrenia es dudosa porque la psiquiatría, al sustentarse en un modelo médico y en el método científico positivista, prescinde de hechos empíricos y observables. Los conceptos de *dementia praecox* de Kraepelin y la esquizofrenia de Bleuler fueron producto de su trabajo brindado en hospitales psiquiátricos, donde ellos tenían cargos importantes de autoridad administrativa, estudiaron grupos numerosos de pacientes internados por varios años y con diferentes características de deterioro, carecían de criterios clasificatorios y sus hipótesis estaban fundamentadas en razonamientos conjeturales más que en investigaciones empíricas sistematizadas.

Bleuler estableció tres razones para introducir el término esquizofrenia (Boyle, [1990] 1993: 60). La primera radica en que la *dementia praecox* sólo designa la enfermedad, no al enfermo, en cambio, el término esquizofrenia puede ser adjetivado para distinguir a las personas, pero las razones para hacer esto son indeterminadas. La segunda refleja las creencias de Bleuler de que ciertos comportamientos eran característicos de la enfermedad. La tercera razón es que aunque él creía que el constructo de *dementia praecox* era aplicado apropiadamente a aquellas personas cuyos comportamientos cambiaban relativamente hasta una edad muy avanzada, no merecían el término de dementes. La esquizofrenia implica y funda la idea de que se trata de una enfermedad susceptible de ser tratada y curada mediante intervenciones médicas.

Thomas Szasz ([1974] 2002: 13) designó la esquizofrenia como el símbolo sagrado de la psiquiatría, esto es, una invención que legitima su quehacer como práctica médica,

científica, moral y legal. El autor también cuestiona la legitimidad científica y conceptual de la esquizofrenia de Bleuler, quien extrapoló el modelo médico de algunas enfermedades físicas como la sífilis para explicar y argumentar la naturaleza de la esquizofrenia. De hecho, para Szasz, la pretensión de que algunas personas tienen una enfermedad llamada esquizofrenia estuvo basada en la autoridad médica de Bleuler y no en algún descubrimiento científico, es decir, su acuñación se trató de una decisión política y ética.

Para Szasz, la psiquiatría se ha mantenido en la espera de descubrir eventualmente las causas biológicas de la esquizofrenia y la prueba está en que ésta sea considerada una enfermedad. En el modelo científico médico, la esquizofrenia como enfermedad mental es considerada como una variable independiente, esto es, una psicopatología que prescinde de factores externos para su aparición y desarrollo. Además, la esquizofrenia etiqueta a aquellas personas que la padecen y por medio de esto se les retira sus derechos civiles. En otras palabras, el esquizofrénico es reducido a una entidad morbosa sin ninguna cualidad humana.

Sin embargo, las críticas de Boyle, Szasz y Braunstein abordan tangencialmente el estado de la psicofarmacología, los tratamientos psicológicos y de cómo los trastornos mentales son hechos reales. Héctor González y Marino Pérez ([2007] 2008: 20) argumentan que los tratamientos tanto psicofarmacológicos como psicológicos se las arreglan para promover trastornos a su medida, que la pluralidad de tratamientos existentes revela el carácter abierto de los trastornos psiquiátricos o psicológicos y, a la vez, los límites de la psiquiatría y la psicología y que la sociedad actual parece causar un sin número de trastornos.

El efecto Charcot, esto es, un concepto que González y Pérez acuñan para el análisis crítico de la psiquiatría y la psicología clínica, se refiere al fenómeno según el cual el clínico encuentra lo que él mismo propaga (González y Pérez, [2007] 2008: 25). Por ejemplo, la mercadotecnia de medicamentos y de trastornos mentales de la industria farmacéutica está fundamentada en una doctrina de propaganda, racionalizada y sistematizada, dirigida a psiquiatras, hospitales, sistemas de salud, pacientes y población en general, con el fin de penetrar en la vida cotidiana y crear mercado y consumidores que

adquieran sus medicamentos para tratar trastornos como la depresión, la ansiedad, el estrés, la fobia social, el ataque de pánico y la esquizofrenia.

Los autores llaman la atención al hecho de que sea la misma industria farmacéutica la que construye clasificaciones de los trastornos y sus tratamientos farmacológicos. De hecho, esta industria invierte millones de dólares en investigación y propaganda para los medicamentos puestos a la venta. Sin embargo, a pesar de los descubrimientos sobre el funcionamiento de los psicofármacos en la bioquímica del cuerpo humano, sus hallazgos han brindado aportaciones limitadas sobre la naturaleza bioquímica de los trastornos mentales como la esquizofrenia.

En otras palabras, se sabe más sobre el diseño de los fármacos que de las causas biológicas de la esquizofrenia y el hecho está en la cantidad de investigaciones recientes sobre epidemiología, genética, los factores prenatales y perinatales, neurodesarrollo, neuroquímica, neuropatología y neuroanatomía, entre otros (Eaton y Chen, 2010: 33; Sullivan *et al.*, 2010: 49; Gilmore y Murray, 2010: 61; Keshavan, Gilbert y Diwadkar, 2010: 77; Javitt y Laruelle, 2010: 105; Jarskog y Gilmore, 2010: 159; Belger y Dichter, 2010: 178). Resulta llamativo que en todos los análisis biomédicos minuciosos, aunque ofrecen vías de investigación, sus resultados sean limitados y ambiguos.

Por todo lo expuesto, el tema principal en torno a la esquizofrenia es la inexistencia de alguna definición concluyente, lo cual pone de relieve que quizá la institución psiquiátrica trata más con un concepto que con un trastorno. El punto controversial es la frecuente alternancia de trastorno, enfermedad, padecimiento y la conceptualización de cada término. Los criterios internacionales se distinguen por clasificar la esquizofrenia de forma menos problemática, lo cual conduce a la negación histórica del fenómeno al que se alude; sin embargo, han establecido parámetros para diagnosticarla como un trastorno, esto es, un término científicamente ambiguo, pero mediante el cual se fundamentan las prácticas hacia su tratamiento.

¿Es posible prescindir del concepto de esquizofrenia? La respuesta es compleja porque el orden social de las prácticas y discursos de los servicios de salud mental en las sociedades occidentales se sustentan en la delimitación de lo normal y lo patológico desde la mirada biomédica. La esquizofrenia es un hecho social y como tal es un organizador

psicosocial que entreteje una red de significantes y orienta las acciones de las personas en el campo de la salud mental, cuya eficacia simbólica radica en delimitar nuestra sensibilidad moral hacia los trastornos mentales.

1.3 Salud mental comunitaria

Hasta aquí he trazado un recorrido conceptual en torno a la institución psiquiátrica y la esquizofrenia. Terminaré este primer capítulo con algunas discusiones sobre el campo de la salud mental en la llamada crisis de la modernidad y del paradigma biomédico. Al hacerlo, mostraré algunos alcances y problemas relativos a la salud mental comunitaria y la importancia de la familia del paciente psiquiátrico en este escenario.

1.3.1 Crisis de la familia

El desarrollo teórico en el estudio de la familia data al menos desde la segunda mitad del siglo XIX. Con base en el pensamiento darwiniano, científicos sociales como Engels proponían modelos evolucionistas de los orígenes de la familia, la cual consideraban que ésta había pasado por una serie de etapas evolutivas hasta lograr su forma actual superior (Gracia y Musitu, [2000] 2004: 39). En este sentido, la familia correspondía a un estado arcaico de la sociedad y, por ende, estaba condenada a disolverse conforme al desarrollo y diversificación de las sociedades.

Sin embargo, el mismo desarrollo teórico en el estudio de la familia muestra lo contrario. Gracia y Musitu ([2000] 2004: 94) proponen tres categorías generales del criterio temático y epistemológico sobre el estudio de la familia en siglo XX: la familia como interacción, la cual representa la tradición microsociedad e interaccionista en el estudio de la familia; la familia como sistema, que integra la tradición holista y, por último, la familia como construcción social, la cual recurre a las aportaciones de las perspectivas pospositivistas de la década de 1980.

La contribución más importante del interaccionismo simbólico al estudio de la familia ha sido, en primer lugar, su énfasis en la proposición de que las familias son grupos sociales y, en segundo lugar, su afirmación de que los individuos desarrollan su concepto del *self* y sus identidades a partir de la interacción social (Gracia y Musitu, [2000] 2004:

106). Sin embargo, esta perspectiva ha prestado atención excesiva al individuo y poca consideración a la estructura social más amplia.

Desde el funcionalismo estructural, en toda sociedad es necesaria alguna forma de organización de las personas relacionadas biológicamente, es decir, la familia nuclear, la cual tiene la función primaria de reclutar a nuevos miembros mediante la reproducción y la socialización y es una unidad altamente especializada y superior a otras formas familiares (Gracia y Musitu, [2000] 2004: 129). Así, cualquier institución social importante debe asegurar el bienestar tanto de los individuos como el de la sociedad de la cual ellos dependen. Esta visión de la vida familiar ha sido criticada por su rigidez y sobresimplificación de la interacción familiar, siendo la familia nuclear el modelo ideal para las sociedades occidentales, sin considerar la viabilidad de otras formas familiares.

Desde una de las aportaciones de las perspectivas pospositivistas, la familia se representa y se construye siempre que hablamos de ella, la describimos, la cuestionamos, la ensalzamos o lo rechazamos (Gracia y Musitu, [2000] 2004: 170). En este sentido, la familia es considerada como una forma de asignar significados a las relaciones interpersonales, es decir, se trata de un proyecto que se realiza por medio del discurso, el cual es el aspecto principal de la organización social de la familia y es posible objetivarla porque la experimentamos como algo fuera de nuestra experiencia subjetiva. Uno de los riesgos de esta perspectiva radica en la reducción de la realidad social a un universo lingüístico, mediante la cual se obvia la existencia de la estructura social.

Cabe agregar que en el desarrollo teórico de la familia, los enfoques feministas muestran críticas tanto radicales como novedosas (Gracia y Musitu, [2000] 2004: 175). Desde los primeros, se considera que las relaciones de género existentes y la subordinación de la mujer al mundo masculino son inaceptables y, por ende, son situaciones que deben transformarse y, además, proponen acercarse a modos de construir conocimiento del mundo social menos normativos, rechazando el positivismo, donde el conocimiento se reduce a ser un espejo de la realidad sin posibilidad de interferir en ella y modificarla.

Élisabeth Roudinesco ([2002] 2010: 195) brinda ideas radicales y novedosas en torno a la situación de toda persona a manifestar un deseo de normalizarse por medio de la reivindicación del derecho al matrimonio, la adopción, la procreación médicamente asistida

y el orden familiar. La autora pone de relieve que el gran deseo de las antiguas minorías perseguidas, tales como homosexuales, invertidos, perversos y enfermos mentales, siembra el desorden en la sociedad y el aspecto controversial ha dejado de ser la impugnación al orden familiar; en su lugar, lo que representa una de las heridas más significativas al orden simbólico es su deseo de normatividad.

Ante la pregunta sobre el devenir de la familia, la autora plantea algunos escenarios que requieren de nuevas indagaciones, tales como la reproducción de las generaciones, la legalización del aborto, el matrimonio en declinación, la unión libre, situaciones monoparentales, el poder de las madres, la diferenciación sexual y el deseo de la normatividad familiar. Estos escenarios apelan a que el principio de autoridad sobre el cual se fundó la familia moderna está en crisis en la sociedad occidental (Roudinesco, [2002] 2010: 213-214). La economía de mercado y la sociedad de consumo implican una forma de restitución de esa figura de autoridad, ante la cual la familia se muestra como sujeto capaz de asumir ese conflicto y favorecer el surgimiento de un nuevo orden simbólico.

En el campo de la salud mental, después de la Segunda Guerra Mundial, la familia ha sido vista como una entidad donde se pueden identificar elementos patógenos que causan la enfermedad mental. Siendo un lugar de peligro, entonces, se convierte en el escenario proclive a las intervenciones de los dispositivos disciplinarios y normalizadores. Medicina preventiva, intervención en crisis, psicoeducación, terapia de familia, trabajo grupal, son dispositivos de intervención que buscan modos de restablecer la salud familiar y su armonía, capaces de conformar individuos libres para insertarse en la lógica de mercado.

En la sociedad de consumo, las intervenciones familiares se caracterizan por sus esquemas normativos, pero carecen de respuestas a las nuevas crisis que supone la posmodernidad: matrifocalización, cuestionamiento de los valores familiares, crisis de identidad, incorporación de la cultura de sobrevivencia, incapacidad para educar y formar sujetos sociales para insertarse en el mundo laboral y volverse sujetos ya no disciplinados sino de consumo.

En el caso de esta tesis, he mostrado que la esquizofrenia es vista como un problema individual y fundamentado en causas orgánicas todavía desconocidas. Los servicios de salud mental, además de ofrecer terapias farmacológicas, brindan esquemas de atención a

corto plazo y prometen soluciones en la misma medida: esquemas terapéuticos a la carta con base en las singularidades de cada familia y de cada paciente.

Sin embargo, quizá lo que se haga desde el mismo campo clínico sea alimentar la lógica de consumo y la cultura de la sobrevivencia como modalidad terapéutica: solución de problemas, terapia cognitivo conductuales, terapia breve, uso desmedido de fármacos, entre otras. El mundo *psi* estaría también en una crisis de legitimidad porque se ha conformado a partir del poder disciplinario. En la crisis de la modernidad, la intervención en lo social implica la idea de nuevas interrogantes en sus modos de intervenir, sus perspectivas y sus fines.

1. 3. 2 Crisis del paradigma biomédico

Las aportaciones sobre la historia de la locura, el poder psiquiátrico, el movimiento antipsiquiátrico y antiinstitucional permitieron criticar y confrontar las diversas escuelas de pensamiento y, de alguna manera, propiciaron prácticas psiquiátricas diferentes a la llamada psiquiatría institucional, asilar y manicomial. Sin embargo, considero que una lectura unívoca de estas críticas determina la certeza de que la psiquiatría tan sólo es una técnica.

Una forma de entender las características de la psiquiatría institucional o biomédica es su papel como entretenimiento del paciente psiquiátrico (Saraceno, [1995] 2003: VIII). La rehabilitación en psiquiatría, incluyendo sus instrumentos y sus metas de acción, constituye una línea esclarecedora en este ámbito porque se carecen de estudios para comprender sus acciones y efectos en el plano terapéutico y, en consecuencia, se desprende la idea de que la psiquiatría está sobredeterminada por un exceso de sentido sobre la técnica.

Para Benedetto Saraceno ([1995] 2003: 2) la psiquiatría institucional se caracteriza por fragmentos de conocimientos provenientes de diversas disciplinas, de las cuales, la rehabilitación forma parte de su discurso, es una subdisciplina y una tecnología. La demanda de rehabilitación tiene un lugar en las evidencias epidemiológicas sobre las limitaciones de los tratamientos en el hospital psiquiátrico, orientados a la intervención farmacológica.

Las evidencias de la epidemiología revelan que el hecho de que las enfermedades se vuelvan crónicas y que exista un empobrecimiento global de los psicóticos no es inherente a las enfermedades, sino a una serie de contextos microsociales, como la familia y la comunidad, que pueden ser transformadas y orientadas mediante intervenciones, lo cual presupone estrategias distintas al modelo psiquiátrico biomédico (Saraceno, [1995] 2003: 11).

Sin embargo, los modelos de rehabilitación en psiquiatría suelen tener alcances muy limitados por varias razones, y una de ellas es que esos modelos buscan aumentar la habilidad y disminuir la minusvalía del paciente psiquiátrico bajo esquemas normativos y adaptativos. En la actualidad, los modelos conceptuales y operativos más utilizados en la rehabilitación psiquiátrica son el entrenamiento de las habilidades sociales y los modelos psicoeducativos.

Sin embargo, los modelos anteriormente referidos lejos están de ser autónomos y garantizar la rehabilitación de los pacientes. Para hablar de rehabilitación, hay que tomar en cuenta el hospital psiquiátrico, un centro vigente de reproducción de enfermedades, caracterizado por legitimar enfermedades mentales desde la perspectiva médica, psicológica, legal y cívica, el cual constituye el eje de asistencia psiquiátrica en el mundo y, además, es un lugar absorbente de la mayor parte de los recursos humanos y financieros asignados al cuidado de las enfermedades mentales (Saraceno, [1995] 2003: 39).

Y es en este campo social donde se encuentran los fundamentos y la razón de existir de la psiquiatría institucional o biomédica, fundamentada en marcos conceptuales fragmentados, pero que producen sentido y orientan acciones sociales. Y aunque su papel hegemónico ha sido puesto en duda desde los últimos sesenta años, esto no se ha traducido en la puesta en práctica de dispositivos de cuidado y asistencia realmente alternativos, sino paralelos al hospital psiquiátrico.

Saraceno señala que es común mantener separados el campo de la psiquiatría, la cual se refiere al modelo biomédico, y el de la salud mental, referido al modelo holístico biopsicosocial. El concepto de psiquiatría se refiere a su correlación con la enfermedad psiquiátrica, pero cuando se utiliza el concepto de salud mental la correlación es dudosa

porque es discutible si la salud mental se refiere a la deseable condición de bienestar de los individuos o a las acciones a realizar para construir esas condiciones.

El concepto de salud mental implica la idea del estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural, lo cual garantiza su contribución a la comunidad a partir de su participación laboral, intelectual y relacional para alcanzar un bienestar (OMS, 2011). La salud mental posee un sentido análogo a la salud física, pero en la primera existen dimensiones que atañen al ámbito cultural. Ser consciente de las propias capacidades puede indicar el modo en el que las personas piensan, actúan y significan la vida según su contexto social, en consecuencia, la salud mental considera tanto las dimensiones psicológicas y sociales de la salud como los factores psicosociales determinantes de la salud y la enfermedad.

Los estudios epidemiológicos, los modelos de rehabilitación, los estudios sobre las familias de los pacientes psiquiátricos, entre otros, indican que los fenómenos sociales influyen en la salud mental y, por ende, es inadmisibles que los tratamientos orientados a la salud mental, ya sean preventivos o curativos, sean acotados a la dimensión biomédica. La pregunta radical es por qué, a pesar de todo esto, la psiquiatría se mantiene en el modelo biomédico (Saraceno, [1995] 2003: 122). Una respuesta es que el problema radica en la resistencia cultural, social y económica a los efectos que determinan un acercamiento biopsicosocial en las políticas nacionales de salud mental, en el diseño de programas y en la organización práctica de los servicios.

El conflicto tiene lugar entre el paradigma médico y el de la salud pública. Y esta separación entre paradigmas genera en la comunidad una especie de fobia hacia la enfermedad y en la psiquiatría una hacia la normalidad. Una posible solución a este conflicto es la articulación epistemológica, técnica y administrativa de esta separación para constituir una lógica de salud mental comunitaria o, lo que es lo mismo, una lógica de salud pública, la cual incluya actores y servicios: servicios psiquiátricos, servicios sanitarios en general, organizaciones sociales, instituciones civiles, asociaciones de familiares y familias y asociaciones de pacientes y particulares.

Desde una perspectiva de salud mental comunitaria, la rehabilitación psicosocial estaría orientada a restablecer los vínculos sociales del paciente psiquiátrico y, a su vez,

establecer medidas preventivas y de acción conforme a los servicios de salud mental en redes. Aunque la crisis del paradigma biomédico sugiere escenarios de intervención social, médica, psicológica, psiquiátrica, legal y civil desde una perspectiva comunitaria, el concepto de comunidad ha sido insuficientemente esclarecido.

1.3.3 Comunidad

Los factores microsociales, tales como la familia y la comunidad, son determinantes en la llamada rehabilitación del paciente psiquiátrico. Sin embargo, resulta llamativo que la apuesta en una perspectiva comunitaria sea insuficientemente discutida y dada por sentado como la que solucionará la crisis del paradigma biomédico, que rebasará las prácticas hospitalarias y asistenciales y que transformará el campo de la salud mental. Por lo tanto, habrá que discutir los orígenes y el sentido de la intervención en lo social y la perspectiva comunitaria en la crisis de la modernidad.

La intervención en lo social se justifica como una forma de mejorar las relaciones entre los individuos y entre ellos con el Estado, con el bienestar que esta relación supone (Carballeda, [2002] 2007: 16). El Estado moderno desarrolló una serie de estrategias encargadas de vigilar y ordenar la vida social de los individuos, las cuales fueron instauradas por dispositivos sociales ubicados en todos los planos de la vida social: la fábrica, el campo, la familia, la medicina, la cárcel y el derecho, entre otros.

El sujeto moderno establece una relación con el Estado con el fin de ser protegido por las adversidades de otros Estados, para salvaguardar la propiedad privada, erradicar y prevenir enfermedades y mantener el orden y la convivencia social. La intervención en lo social se legitima por medio de mecanismos jurídicos que el mismo Estado y los individuos se imponen a sí mismos. En este sentido, el origen y el sentido de la intervención en lo social es el mantenimiento del orden social.

En la actualidad, el saber inmediato promueve la idea del deterioro evidente del Estado y la sociedad; el primero ha dejado de proteger a la sociedad, es incapaz de brindar soluciones a problemas de antaño y nuevos, carece de respuestas y ha perdido legitimidad social; la sociedad se encuentra fragmentada, los vínculos sociales se han roto, se privilegia

el individualismo por encima del bien común, los valores sociales son cuestionados y la identidad de pertenencia social es frágil.

Pensar de otro modo implica interrogar tanto la razón teórica como la práctica y las características de los dispositivos de intervención, lo cual brindaría vías de comprensión y análisis de los modos de intervenir, de producir sentido y de construir nuevos escenarios para brindar soluciones plausibles a los problemas sociales (Carballeda, [2002] 2007: 61). Fragmentación, exclusión y ciudadanía son tres nuevos interrogantes para pensar la intervención en lo social ya que son característicos de la crisis de legitimidad de la relación Estado-sociedad.

La fragmentación puede entenderse a partir del estallido de lo social, caracterizado por golpes de estado, guerras civiles, desempleo, pobreza extrema. El tejido social se ha descompuesto y da lugar a un vacío social que comienza a llenarse por medio de intervenciones generadoras de incertidumbre sobre el futuro, irruptoras de vínculos sociales y creadoras de anomia e indiferencia social.

La caída del sentido de ciudadanía es provocada por la incapacidad del Estado para proveer el bienestar social de los ciudadanos. La lógica de mercado produce formas de subjetivación donde el ciudadano es colocado en la lógica de consumo, pero sin los recursos para adquirir bienes básicos. La ciudadanía ha sido transfigurada del sujeto disciplinado al sujeto de consumo. Se trata de crisis del Estado moderno, pero también de los modos de subjetivación para devenir sujeto.

Con base en lo expuesto en este apartado, la intervención puede estar fundamentada en integrar los vínculos sociales a partir de la perspectiva de la comunidad; la ruptura de estos vínculos por la crisis de la modernidad produce la pérdida de la identidad, lo cual se traduce en la imposibilidad de significar la vida cotidiana a partir de la relación con el otro. Entonces, se puede decir que la intervención en lo social puede construir y generar sujetos de conocimiento y, en términos de cotidianidad, lo social se construye a partir de imaginarios sociales, de representaciones, generados de efectos diferentes por la singularidad de cada grupo, vecindario o sujeto (Carballeda, [2002] 2007: 95-96).

Debido a que la intervención está delimitada por la integración de los vínculos sociales significativos de los actores que la demandan, puede estar asentada en el concepto

de comunidad. Si bien la noción de comunidad puede dar sustento teórico y práctico a la intervención, también presenta algunas aristas a elucidar como su contraparte: la inmunización. Comunidad e inmunización son conceptos que tienen la misma raíz etimológica: el deber o el don de ver por los demás (Esposito, [2004] 2006: 81-82; [1998] 2007: 43-45; [2008] 2009: 25; [2002] 2009: 141).

Lo común en los lazos comunitarios es la ética de responsabilizarse por los demás para permitirse la vida y eliminar aquello que pueda dañar los lazos sociales. El mismo efecto de la comunidad es la inmunización, esto es, la protección de la vida en comunidad de agentes externos e internos amenazantes de su posibilidad de existencia. Desde la biopolítica, la comunidad entraña posibilidades y riesgos porque los mismos elementos de protección pueden ser aquellos que también la amenacen.

Es sabido el modo en el que la sociedad interviene a los enfermos mentales: los medicaliza, los psiquiatriza, los psicologiza y, en varios casos, les arrebató sus derechos civiles y humanos. Si la salud mental comunitaria se piensa bajo una perspectiva de reintegración de los lazos sociales, ¿qué imaginarios, representaciones o significaciones pueden instaurarse en el orden social de la comunidad acerca del paciente psiquiátrico? Si el enfermo mental es representado bajo el rótulo de peligrosidad para sí mismo y para los demás, entonces, la intervención en lo social estará enfocada a eliminar ese sentido para dar lugar al ser en la comunidad.

La intervención como proceso y sustentada en una perspectiva comunitaria tendría que estar orientada a la reinscripción de la psicosis en lo social, o sea, pensar de otro modo los trastornos mentales. En este sentido, la intervención en espacios microsociales, la discusión de las perspectivas comunitarias y la comprensión de la experiencia subjetiva de los actores en relación con su entorno inmediato resulta crucial para integrar lo que la cuestión social separó y fragmentó.

CAPITULO 2

SALUD MENTAL

Introducción

Antes de proponer la perspectiva teórica de esta investigación, resulta indispensable realizar una lectura del campo de la salud mental porque el discurso y las prácticas hacia la familia del paciente con esquizofrenia paranoide están fundamentadas en el modo en el que se ha dado respuesta a este llamado trastorno mental.

En la segunda mitad del siglo XX, las reformas psiquiátricas promovieron superar las prácticas manicomiales y asilares como modelos de atención a la psicosis y, con base en esto, crear sistemas sectoriales, intersectoriales o universales de salud mental, mediante el diseño y puesta en marcha de políticas de salud en países desarrollados tales como Italia, Francia, España, Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá.

En la actualidad, en varios países el hospital psiquiátrico es el eje de atención de los servicios de salud mental, donde prima la perspectiva biomédica, prácticas clínico-hospitalarias, intervención en crisis y la evitación de estancias prolongadas; en cada contexto, es el establecimiento que percibe la mayor parte de los recursos humanos y financieros asignados al tratamiento de los trastornos mentales.

De acuerdo a la perspectiva de los organismos internacionales, el problema de superar el manicomio y el hospital psiquiátrico radica en la dificultad de integrar los servicios de salud mental en los tres niveles de atención en salud y en el establecimiento de servicios comunitarios. En la mayoría de los países, las políticas en salud mental son poco favorables para mejorar las condiciones médicas, sociales, políticas, civiles y humanas de los enfermos mentales.

En México, los servicios de salud mental mantienen al hospital psiquiátrico como eje de atención y su normatividad está fundamentada en la perspectiva biomédica, donde prima el tratamiento farmacológico. De acuerdo con datos de dos evaluaciones, las políticas y los servicios de salud mental favorecen el abandono y estancia de por vida de los enfermos mentales en instituciones asilares.

2.1 Reformas psiquiátricas

Las reformas psiquiátricas en Europa, Estados Unidos y Canadá surgieron después de la Segunda Guerra Mundial. El descubrimiento de los neurolépticos, la introducción del psicoanálisis y las ciencias sociales en el hospital psiquiátrico, las características del sistema sanitario y las alternativas al manicomio diferenciaron los movimientos en cada país; lo común era superar el manicomio y establecer la zonificación, la continuidad de cuidados y la integración de los tres niveles de atención en salud. En América Latina y el Caribe, las reformas y reestructuraciones de los servicios de salud mental se han realizado a partir de la década de 1990. La revisión de estos antecedentes permitirá comprender el sentido político y terapéutico de los servicios de atención en salud mental.

2.1.1 Europa

Después de la Segunda Guerra Mundial, en el ámbito social francés hubo una conciencia de transformar el manicomio porque en el conflicto bélico habían muerto alrededor del 40% de los pacientes psiquiátricos internados. A partir de los debates y discusiones suscitados en las Jornadas Nacionales de Psiquiatría de 1945 y 1947 en Francia, los especialistas propusieron estructurar los servicios públicos de ayuda y de cura disponibles con el fin de brindar una atención universal y de calidad, lo cual dio origen a la política de sector, esto es, la delimitación de áreas de atención, la continuidad de cuidados y la integración de los tres niveles de atención en salud (Desviat, 1994: 33).

Uno de los puntos cruciales y de defensa del sector fue la unidad e indivisibilidad de los procedimientos de prevención, profilaxis, cura y postcura. Aunque se estableció la necesidad de abolir el internado, en la práctica se asumió la definición de procedimientos de tratamiento institucional, de ahí que se planificara la creación de nuevos departamentos y dispensarios articulados con los equipos hospitalarios. Y, además, se asumió la política de territorialización de la asistencia que posibilitara un mejor conocimiento de los programas y acercar las prestaciones a la población.

La Comisión de las Enfermedades Mentales, creada por la Dirección de Salud Mental, retomó en la circular del 15 de marzo de 1960 la idea de la transformación de los asilos en hospitales, considerando la hospitalización como una etapa del tratamiento

psiquiátrico, el cual debe continuarse en los centros de prevención y cura; de esta forma, se avizoró intervenir en el entorno social del paciente, liberarlo de las sujeciones de su enfermedad y dejarlo al máximo de su autonomía (Desviat, 1994: 38). Además, la circular definió el sector como área geográfica delimitada que incluye camas hospitalarias y recursos extrahospitalarios para cada servicio y unos dispositivos para varios sectores, tales como hogares postcura, talleres protegidos y clubes terapéuticos.

Un principio esclarecedor de la reforma francesa fue la exploración de todas las posibilidades terapéuticas de la comunidad antes de crear establecimientos especializados (Hochmann, 1971: 204-205). Este principio orientó la política pública en salud mental sobre el uso de los recursos existentes en el entorno social, pretendió desarticular el hospital psiquiátrico como eje de atención y propició la asistencia descentralizada en zonas focalizadas en torno a una multiplicidad de servicios comunitarios.

Los tres principios fundamentales de la política de sector francés son: 1) la sectorización o zonificación, es decir, la delimitación de áreas de 50 a 100 000 habitantes; 2) la continuidad terapéutica, esto es, el mismo equipo en el conjunto de cada sector asegura el tratamiento, la toma a cargo del paciente en los diferentes servicios y etapas de tratamiento y 3) el eje de asistencia desplazado del hospital a los servicios extrahospitalarios, o sea, el paciente debe ser atendido, en lo posible, en su propia comunidad para evitar el efecto cronificante de la institucionalización (Desviat, 1994: 39).

En el caso del Reino Unido, en 1943 los enfermos mentales fueron organizados en el hospital de Northfield por Wilfred Ruprecht Bion y John Rickman (Desviat, 1994: 44). Los hospitales cuidaban tanto a la población civil como a los excombatientes con trastornos derivados de su experiencia en la guerra. En este periodo, además de los problemas provocados por el conflicto bélico, se evidenciaron las crisis sociales del país: indignancia, enfermedad, miseria y desempleo.

Debido a la escasez de recursos materiales y humanos durante el periodo de guerra, la comunidad terapéutica, fundamentada en una perspectiva por superar las instituciones totales y parciales, ofreció una forma de organizar los recursos existentes para atender a la población. La psicoterapia institucional y la comunidad terapéutica, como modalidades de atención psiquiátrica, buscaron recuperar la subjetividad del paciente y los fenómenos

suscitados en la institución psiquiátrica (Desviat, 1994: 46). La reforma psiquiátrica del Reino Unido respondió a un ejercicio de actuación de los involucrados junto al fortalecimiento de las políticas y servicios de salud y la prueba está en la Promulgación de la Ley de Creación del Servicio Nacional de Salud en 1948.

En 1954 se organizó una comisión para estudiar la legislación referente a la enfermedad y retraso mental, cuyas recomendaciones fueron brindar cuidado apropiado a la gente con trastornos mentales y en 1959 se estableció que los enfermos mentales deben ser tratados como el resto de los pacientes. De ahí que el Ministerio de Salud fomentara la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales y en los hospitales de día, lo cual ocasionó la disminución de los ingresos psiquiátricos.

La importancia de las políticas y servicios de salud británicas radican en la planificación regionalizada y en la oferta de servicios completos, lo cual, a su vez, impide el riesgo de centralización de la administración en salud. Debido a que los servicios de salud en general y los servicios comunitarios locales dependían de los hospitales psiquiátricos, su cierre fue descartado. De hecho, las políticas de salud orientaron el fortalecimiento tanto de los servicios locales en hospitales generales y hospitales de día como de los programas de atención parcial y de los servicios residenciales locales.

En el caso de Italia, a finales de 1961 Franco Basaglia llegó al Hospital Psiquiátrico de Gorizia y tomó el cargo de director después de trece años de práctica psiquiátrica en una clínica universitaria (Desviat, 1994: 56). Junto con un equipo de psiquiatras, primero, transformó el hospital en una comunidad terapéutica y, luego, propuso devolver a la sociedad al enfermo mental, desmontando el manicomio. En 1962, la fórmula de gobierno centro-derecha dio paso a gobiernos centro-izquierda, los cuales ensayaron reformas sociales en los ámbitos de la administración centralizada, escolares y sanitarios. El movimiento antiinstitucional se conformó en el campo de una coyuntura política y gubernamental que posibilitó el reclamo y la acción social.

Para Basaglia, la comunidad terapéutica era una etapa provisional que debía ser negada y la acción política ser llevada a cabo al exterior para interpelar los mecanismos de exclusión al enfermo mental (Desviat, 2007: 35). La acción política fue posible gracias al sostén de las organizaciones de base, tales como los sindicatos y las organizaciones

estudiantiles. El objetivo era negar y desmontar el manicomio, su ideología y sus prácticas. El movimiento antiinstitucional reconocía la enfermedad mental y la psiquiatría, pero se oponía y rechazaba el mandato de la sociedad y de las clases dominantes de que los psiquiatras aislaran y anularan socialmente a los enfermos mentales.

Los efectos de este movimiento presentaron una paradoja: la destrucción del manicomio y de la psiquiatría celadora implicó construir servicios alternativos con el fin de establecer nuevas formas de sociabilidad y de subjetividad para quienes necesitan atención psiquiátrica, en contraste, la ley 180 del Estado italiano significó el fin de la psiquiatría alternativa debido a que el conjunto de objetivos y de las prácticas que proponía se convirtieron en una prescripción jurídica de Estado.

El Partido Radical propuso un referéndum para la revocación de la legislación psiquiátrica italiana vigente desde 1904 (Desviat, 1994: 61-52). La Ley 180 fue aprobada en mayo de 1978 y asumió normativamente lo que constituye la condición de posibilidad de desinstitucionalización, el cierre del manicomio y la creación de los servicios psiquiátricos alternativos en la comunidad; estableció la prohibición de nuevos ingresos en hospitales psiquiátricos a partir de mayo de 1978 y de ningún tipo a partir de diciembre de 1981; promovió la creación de servicios psiquiátricos comunitarios por áreas geográficas; suprimió el estatuto de peligrosidad social del enfermo mental e incluyó la protección de sus derechos civiles.

Por último, la reforma psiquiátrica en España se conformó después de la dictadura, en un contexto de transición política hacia la reconstrucción democrática de la sociedad (Desviat, 1994: 125). El modelo español abogó por una atención comunitaria alternativa al hospital psiquiátrico y la creación de estructuras intermedias, de rehabilitación y reinserción social y de programas conjuntos con servicios sociales. El marco político y la herencia del falangismo social establecieron las principales condiciones de una atención comunitaria caracterizada por la universalidad, la zonificación y la instauración de un sistema de atención primaria.

Un primer antecedente de la reforma psiquiátrica española sucedió en la Segunda República (1931-1939), en particular, en un proyecto de reforma orientado a transformar la legislación referente al internamiento de los enfermos mentales con base en la superación

de las prácticas manicomiales. La Liga de Higiene Mental organizó misiones en pueblos y ciudades para sensibilizar a los poderes gubernamentales sobre los problemas de salud mental, utilizando espacios públicos como universidades, escuelas y casas del pueblo. Una generación de psiquiatras, involucrados en proyectos de renovación política, cultural y científica, elaboró una psiquiatría donde convergieron búsquedas de respuestas formativas, legislativas y asistenciales.

Los intentos de reforma fueron obturados por la victoria franquista en la guerra civil en 1939. Hasta 1971, en un ambiente politizado contra la dictadura, los psiquiatras residentes y los de los manicomios plantearon de nueva cuenta la necesidad de una reforma. No obstante, fue hasta la década de 1980 cuando comenzaron las reformas psiquiátricas en diputaciones y comunidades con gobiernos de izquierda. En 1977, los servicios asistenciales de salud mental se acotaban a los hospitales psiquiátricos, a las consultas de neuropsiquiatría, a un conjunto heterogéneo de centros de salud mental municipales y de la red benéfica estatal y a pocas camas en hospitales generales universitarios.

A diferencia de Italia, Francia y Reino Unido, en España el número de camas para enfermos mentales era reducido y fue una característica que facilitó la reforma. A partir de 1983, los internamientos debían ser autorizados por jueces para garantizar los derechos del enfermo mental cuando él fuera incapaz de gobernarse a sí mismo. El juez autoriza, pero la decisión del internamiento como medida terapéutica quedaba en última instancia en manos del médico. Esta modificación a la legislación acabó legalmente con el poder extraordinario del psiquiatra.

Las reformas psiquiátricas acontecidas en Francia, Reino Unido, Italia y España son ejemplos paradigmáticos de la transformación de los servicios de salud mental a partir de las políticas públicas y suponen brindar un trato distinto al enfermo mental alejado de las prácticas manicomiales. La materialización de estas reformas ocurrieron debido a la convergencia de interés intelectual, político, económico y social. Sin embargo, cada reforma ha tenido un desarrollo desigual de acuerdo a las regiones debido a la ausencia o insuficiencia de recursos sociales, psiquiátricos y comunitarios alternativos.

2. 1. 2 Estados Unidos y Canadá

El sistema de salud de Estados Unidos se ha caracterizado por la atención centrada en la capacidad adquisitiva del individuo y la falta de una política universal de salud. El ciudadano puede tener servicio médico gratuito si tiene más de 65 años o si el Estado lo reconoce como indigente. De hecho, el esquema de este país se caracteriza por el abandono de toda responsabilidad pública en salud.

La atención sanitaria americana ha estado dominada por lo seguros, los cuales pagan a hospitales privados los servicios solicitados por sus clientes (Desviat, 1994: 67-68). A principios de 2010, en este país se aprobó la reforma del sistema de salud, mediante la cual se busca expandir los servicios médicos a la sociedad como paso para una cobertura universal, controlar los costos crecientes del sistema de salud y mejorar el sistema de prestación de salud (Ganduglia, 2012: 383).

En la historia americana temprana, las prácticas y discursos sobre el loco y la sinrazón eran muy similares a las de Europa. En la época colonial, los locos eran identificados con los criminales y los pobres; algunos eran depositados en zonas alejadas; en otros casos, eran encarcelados o se les enviaba a alberges o casas de caridad y aún otros más vagaban por el campo. La creación de asilos o manicomios se extendió por Estados Unidos mediante instituciones privadas.

A mediados del siglo XIX, a Dorothea Dix se le atribuye la creación de un hospital psiquiátrico en cada estado y el inicio de una campaña de sensibilización social acerca de que los enfermos mentales no eran criminales ni idiotas (Desviat, 1994: 71). En 1869, la atención psiquiátrica se institucionalizó con la inauguración del *Williard Asylum* en Nueva York. En 1909, se creó el Comité Nacional para la Higiene Mental, lo que después se convirtió en la Asociación Nacional para la Salud Mental, un movimiento opositor a las formas custodiales de atención y defensor de un tratamiento en la comunidad. Salvo la creación en 1930 de una División de Higiene Mental en el Departamento de Salud Pública, hubo pocos cambios hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

El 5 de febrero de 1963, el presidente John F. Kennedy propuso un programa nacional de salud mental para resaltar la importancia del cuidado al enfermo mental (Desviat, 1994: 73). El tema central fue la asistencia comunitaria, materializada en el

programa *Community Mental Health Centers Act of 1963*, mediante el cual se promovía la creación nacional de servicios para la prevención y diagnóstico de la enfermedad mental, la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y su rehabilitación. Esta acta representa los esfuerzos de psiquiatras, legisladores, asociaciones cívicas y de una opinión pública que después de la guerra solicitaba la transformación de la atención al enfermo mental, cuyos antecedentes se remontan a la creación del *National Institute of Mental Health* en 1946 y al del *Mental Study Act* de 1955.

Los principios orientadores del trabajo de los Centros de Salud Mental Comunitarios fueron la accesibilidad, información adecuada a la población de referencia sobre la existencia de los programas, gratuidad, disponibilidad, énfasis en la prevención de la enfermedad, búsqueda de las necesidades de toda la población y delegación de responsabilidades a la administración frente al enfermo y su familia. Sin embargo, el funcionamiento de estos centros era inviable debido a la carencia de un sistema nacional de salud y cobertura universal.

Las nociones de prevención, riesgo y población en riesgo y teoría de la crisis son los elementos conceptuales de la psiquiatría preventiva y comunitaria, es decir, un modelo construido a partir de categorías epidemiológicas y de salud pública (Caplan, [1964] 1980: 34-35). La psiquiatría preventiva se refiere al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden ser utilizados para planear y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia, la duración y el deterioro de las enfermedades mentales en una comunidad.

Se ensayó un modelo de atención en salud mental que trascendiera la asistencia centrada en el sujeto enfermo, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en asilos, escuelas, centros laborales y la sociedad. El objetivo era modificar los factores predisponentes a la enfermedad y posibilitar el bienestar o la información necesaria para lograrlo por medio de programas generales de promoción de la salud y la selección de grupos de riesgo. De hecho, la perspectiva de este modelo se sustentó en la noción de aportes básicos que consta del bienestar físico y de los aportes psicosociales y socioculturales.

A diferencia de los centros comunitarios, en 1967 se crearon los centros de intervención en crisis, los cuales son lugares alternativos a la hospitalización tradicional y situados en el hospital general, en los centros de salud mental comunitarios, en las estructuras preventivas o como intervenciones en poblaciones consideradas de riesgo (Desviat, 1994: 79). El modelo de estos centros consiste en la identificación de grupos y sectores de la población en situaciones de riesgo, la evaluación de la persona, del contexto situacional y de los factores precipitantes, la planificación de la actividad terapéutica rápida en crisis, la intervención para ayudar a la persona a un conocimiento intelectual del significado durante y después de la crisis.

La crítica a los centros de intervención en crisis radica en la sobreutilización de sus servicios, lo cual provoca una dependencia total del paciente ambulatorio hacia los servicios de atención psiquiátrica. Al carecer de un sistema universal de salud mental, los esfuerzos se ven copados por intervenciones rápidas y llegan a modificar o adecuar las aportaciones del psicoanálisis, terapias sistémicas, conductistas y psicofarmacológicas. Lo que caracteriza al modelo norteamericano es un enfoque pragmático y una visión a corto plazo en la atención a la salud mental.

Por otra parte, en la década de 1960 Canadá experimentó cambios en su vida política y económica, la salud y la educación (Desviat, 1992: 84). En 1962 el gobierno canadiense creó una comisión de investigación para evaluar el estado de los hospitales psiquiátricos, la cual emitió dos recomendaciones principales: prohibir la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y considerar la enfermedad mental como cualquier otra. De hecho, después de la Segunda Guerra Mundial, Québec había puesto en marcha un plan estatal de actuación social para enfrentar las desigualdades existentes en la sociedad, el cual comprendió la adopción de un régimen nacional y universal de cobertura ante la enfermedad.

El modelo sanitario de Québec se caracteriza por un sistema de salud comunitario descentralizado y financiado por recursos públicos y privados, la inclusión de la sociedad civil en la gestión de las prestaciones y un plan cuyos objetivos están orientados hacia las epidemias de la sociedad moderna. Aunque los problemas a resolver fueron la disminución de las desigualdades y el fomento de la prevención y la autonomía, la universalización no

ha garantizado por sí sola la equidad. En consecuencia, se destinaron más recursos a las poblaciones más vulnerables, a quienes se les denomina grupos de riesgo.

La salud pública define como grupos de riesgo a un conjunto de personas que por su condición biológica, social o económica, de su conducta o su ambiente, son más susceptibles a determinadas enfermedades o al desarrollo de estados de salud deficientes (Desviat, 1994: 87). Gracias a los estudios epidemiológicos y la creación de indicadores, al sistema de salud canadiense se le facilita identificar a los grupos de riesgo para realizar acciones apropiadas sin la espera de la demanda, como sucede, en contraste, con los modelos asistenciales tradicionales. A su vez, estas intervenciones facilitan la aceptación de la población y son más proclives a identificar sus necesidades sanitarias.

La desinstitucionalización canadiense estuvo sustentada en la descentralización y regionalización de los servicios, la interrupción de construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, la edificación de servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, la creación de redes alternativas y de una oficina en el Ministerio de Sanidad. El sistema de salud mental se caracteriza por su gratuidad, universalidad y accesibilidad, y el desarrollo de servicios complementarios de rehabilitación y prevención. Para Desviat (1994: 93) la psiquiatría canadiense es de orientación psicodinámica, humanista y comunitaria, situada entre el sector francés y la psiquiatría comunitaria americana.

2. 1. 3 América Latina

En 1990 se publicó lo que se conoce como Declaración de Caracas, un documento que consta de las bases conceptuales y las recomendaciones para América Latina y el Caribe relativas a la reestructuración de los servicios psiquiátricos. Los representantes de Brasil, Chile, Ecuador, España, Argentina, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela acordaron modificar los servicios de atención psiquiátrica de sus países con el fin de superar las prácticas manicomiales (Desviat, 1994: 173-174; OPS, 1990: 2).

Este documento resalta que las necesidades de atención psiquiátrica y de salud mental en América Latina son de tal magnitud que demandan nuevas respuestas, las cuales deben ser creativas, diferentes y razonablemente osadas. La situación de los servicios de

ese entonces era insatisfactoria y se avizoró que se agravaría aún más en la siguiente década.

La Declaración proclamó la necesidad de promover medios terapéuticos y un sistema garante del respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales y de superar el hospital psiquiátrico al establecer modalidades de intervención alternativas en las redes sociales de la propia comunidad. Los efectos de esta iniciativa causaron movimientos de actualización legislativa y de sensibilización de la necesidad del cambio, reconocimiento y salvaguardia de los derechos de los pacientes y de la reforma de los modos de asistencia en casi todos los países de la región.

A principios de la década de 1990, las condiciones económicas de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe estaban en declive, las cuales los encauzaron a un endeudamiento externo a la par de una inflación desmesurada y creciente. Los gobiernos de los países de la región habían sido incapaces de brindar respuestas al problema del subdesarrollo e incremento de la pobreza extrema y las necesidades sociales habían aumentado como efectos de las crisis económicas, agudizadas por el gasto social y el deterioro de los servicios sociales básicos.

En la mayoría de los países de la región, el gasto público en salud estaba por debajo del promedio mundial, esto es, cien dólares americanos per cápita al año, por lo que las estimaciones referían que de un total de 423 millones de habitantes, 130 carecían de acceso permanente a los servicios básicos de salud, cuyos gastos estaban destinados a los asentamientos urbanos.

A este problema se sumaba el proceso acelerado de urbanización, desempleo, desintegración social, criminalización de sectores jóvenes, incremento de enfermedades con componentes psicosociales como las cerebrovasculares, cirrosis, suicidio, accidentes automovilísticos y desnutrición. De acuerdo con datos epidemiológicos, se estimaba que el cinco por ciento de la población adulta estaba afectada por alguna discapacidad mental crónica. De hecho, los trastornos psiquiátricos en América Latina fueron considerados una pandemia al igual que en el resto del mundo.

Los servicios de atención psiquiátrica de la región se caracterizaban por su dispersión y duplicación escasa de servicios, en su mayoría de tipo manicomial, sin relación

alguna con el resto de los sistemas sanitarios. A esto se sumaba unas prestaciones sociales escasas o inexistentes y la ausencia de recursos sociales de apoyo comunitario. Los procesos de reforma ensayados en América Latina en la década de los setenta y ochenta se caracterizaron por responder a momentos coyunturales y, en consecuencia, fueron irrelevantes debido a la falta de asignación de recursos para el seguimiento de proyectos.

En 1990, la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso ampliar la cobertura de atención para que toda persona pudiera acceder a los servicios de salud, por lo cual, enfatizó la necesidad de cambiar el modelo de servicios, de uno medicalizado a otro que promueva las acciones universales de prevención y cuidado; se hizo hincapié en descentralizar y democratizar los servicios por medio de sistemas locales de salud y del desarrollo de atención primaria como forma de utilizar con mayor eficiencia los limitados recursos de la región. En América Latina, la psiquiatría colectiva de Brasil se convirtió en un caso paradigmático.

A raíz de la II Conferencia Nacional de Salud Mental, se presentó un proyecto de ley en el Senado brasileño que proponía la extinción progresiva de los manicomios y su sustitución por otros recursos asistenciales y la reglamentación del internamiento psiquiátrico voluntario (Desviat, 1994: 185). La transformación de los servicios psiquiátricos en Brasil sucedió en un momento de transición política, de articulación de la sociedad civil posterior a los años de dictadura militar. La constitución democrática de 1988 consideró la salud como un derecho de todos y un deber del Estado asegurar el acceso universal e igualitario a las medidas y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud.

En el contexto de la salud mental y la atención psicosocial brasileño, la crisis es vista como una situación social más que biológica o psicológica y, por este motivo, se trata de un proceso social (Amarante, 2009: 81). La crisis es resultado de una serie de factores que involucran a terceros, sean familiares, vecinos, amigos e, incluso, desconocidos. Se trata de un momento que puede ser resultado de una disminución de la solidaridad de unos para con otros, de una situación de precariedad de recursos para poder tratar a las personas en su domicilio.

Desde esta perspectiva, la reforma brasileña pretendió articular una red de relaciones entre sujetos que escuchan y cuidan, como médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, entre otros, con sujetos que viven los problemas, tales como familiares y usuarios. En Brasil, los decretos ministeriales instituyeron varias modalidades de atención, entre las cuales están el hospital de día, los talleres terapéuticos y, en particular, los centros de atención psicosocial.

Los centros de atención psicosocial funcionan, por lo menos, durante cinco días hábiles. Estos centros buscan disponer de operadores de diversas categorías profesionales, tales como músicos, artistas plásticos y artesanos, con base en las posibilidades de cada servicio, unidad o de la creatividad de cada uno. Este tipo de servicios pueden ser considerados más territoriales cuando sean capaces de desarrollar relaciones con los recursos existentes en el ámbito de su comunidad como asociaciones civiles solidarias para la invención de estrategias de atención psicosocial.

El principio de intersectorialidad está presente en estos centros, es decir, se trata de estrategias que acompañan a los sectores sociales, incluyendo la salud en general, la salud mental, las políticas públicas y la sociedad como un todo. Estos servicios deben salir de su sede y buscar en la sociedad vínculos complementarios y amplificadores de los recursos sociales existentes. En suma, la idea de la reforma psiquiátrica brasileña es que las políticas de salud mental y atención psicosocial deben organizarse en red a partir de la formación de una serie de puntos de encuentro, trayectorias, cooperación, iniciativas y actores sociales involucrados.

A partir del Decreto 106 del 11 de febrero de 2000, en Brasil se instituyeron los servicios residenciales terapéuticos, lugares destinados a personas que habían sido internadas en instituciones psiquiátricas por un periodo de al menos dos años (Amarante, 2009: 89). Hasta 2009, la expectativa era que la residencia se extendiera a todos aquellos que también tuvieran dificultades de vivienda o convivencia familiar. Esta medida supone una alternativa para las personas que han vivido internamientos prolongados, pero también para aquellas que nunca han pasado por un hospital psiquiátrico, lo cual evitaría el proceso de institucionalización del enfermo mental.

Otro aspecto importante de los servicios de salud mental de Brasil es la creación de cooperativas sociales, creadas con el propósito de insertar por medio del trabajo a las personas con desventaja en el mercado económico y se fundamentan en el interés general de la comunidad por promover la persona humana y la integración social de los ciudadanos, instancias surgidas en el ámbito del movimiento social de la salud mental y reforma psiquiátrica, pero ampliadas a los beneficiarios.

Por último, otra de las áreas relevantes es la Estrategia de Salud de la Familia, surgida en 1994 bajo el nombre de Programa de Salud de la Familia (Amarante, 2009: 93-93). El equipo básico de esta estrategia consta de un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y de cuatro a seis agentes de salud, quienes deben vivir en el propio territorio de actuación del equipo. Cada equipo es responsable de la atención de 800 familias aproximadamente. Esta estrategia es considerada una de las formas de atención primaria en salud, cuyo foco es la familia y pretende revertir el modelo asistencial biomédico, centrado en la enfermedad y su tratamiento.

La estrategia de salud de la familia ofrece la posibilidad de promover, educar a la comunidad y desarrollar prácticas para pensar y tratar con la salud. Se considera que la mayoría de los problemas de salud pueden y deben ser resueltos en el ámbito de la red básica, esto es, por medio de medios más simples, sin muchas sofisticaciones tecnológicas de diagnóstico y tratamiento.

En el caso de la salud mental, a nivel terciario las respuestas son estandarizadas, masificadas, elementales y priman las medicaciones sedativas, contenciones en cama y el aislamiento. En contraste, es en el nivel primario de la red básica donde las acciones deben ser más complejas: trabajar con la familia, las personas en crisis, los vecinos y los actores sociales en el territorio adonde viven.

La reforma psiquiátrica brasileña representa un caso paradigmático en América Latina y su énfasis en la enfermedad como proceso social ubica los recursos de la comunidad como los lados fuertes para promover la salud y prevenir las enfermedades. La intersectorialidad como estrategia evita, por una parte, la centralización administrativa de los servicios de salud mental y, por otra, permite que cada sector esté interconectado.

2.2 Cambio de paradigma

En 2001, la OMS señaló la importancia de resolver los problemas de la salud mental en el mundo con base en la superación del hospital psiquiátrico como eje de atención por medio de servicios comunitarios, lo cual supone un cambio en las políticas de salud mental, la distribución de recursos, la formación de profesionales, la modificación de la legislación en materia de salud y el reconocimiento de los derechos humanos y civiles del paciente psiquiátrico. En este apartado revisaré las recomendaciones de la OMS para ubicar la salud mental en el marco de la salud pública y los problemas relativos al realizar un cambio de paradigma.

2.2.1 Cargas

En 2001, la OMS estimó que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento (OMS, 2001: x). En particular, en los países en desarrollo a las personas con enfermedades psiquiátricas se les abandona a su suerte a enfrentar sus padecimientos, razón por la cual muchas de ellas se convierten en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación.

Los trastornos mentales constituyen un problema de salud pública en todas las sociedades y representan el 12% de la carga global de las enfermedades (OMS, 2005: 12-13; Saraceno, 2007: 10). Del total de personas afectadas por trastornos mentales en el mundo, la OMS estima que 150 millones padecen depresión, 25 millones están afectadas por esquizofrenia, 38 millones sufren epilepsia, 90 millones tienen trastornos relacionados al consumo de alcohol o de drogas y cerca de un millón se suicida cada año. La incidencia de los trastornos mentales aparece con mayor frecuencia en la población joven en edad productiva.

Los enfermos mentales enfrentan la estigmatización y discriminación en la mayoría de los países; las familias soportan una proporción significativa de los costes económicos por la ausencia de redes integrales de apoyo de salud mental financiados por fondos públicos, lo cual agrava la carga emocional de cuidar a los miembros enfermos; la calidad de vida de los cuidadores disminuye, experimentan exclusión social y pérdida de oportunidades para vivir; los grupos en circunstancias adversas son los más vulnerables y

los servicios de salud mental están infrafinanciados, en particular, en los países en vías de desarrollo.

La OMS aseveró que la aparición de las enfermedades mentales están influenciadas por factores biológicos, psicológicos y sociales, afectan a personas de todas las edades en todos los países, son causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos y cada vez existen más evidencias científicas validadas internacionalmente para afirmar que estas enfermedades se asientan en el cerebro. Esta organización indicó que los conocimientos acerca de la salud mental y del funcionamiento de la mente proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

Por ejemplo, la esquizofrenia es tan sólo uno de los trastornos más frecuentes, discapacitante, crónico y degenerativo. Uno de los datos inquietantes es la comorbilidad, esto es, la aparición de la esquizofrenia puede estar relacionada con otro tipo de trastorno, como la depresión, lo cual puede conducir a los pacientes al suicidio. Los factores determinantes de la esquizofrenia son varios, entre los que destacan la pobreza, el género, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y los factores ambientales y familiares.

En el caso de los factores familiares, los acontecimientos vitales tienen una estrecha relación con la esquizofrenia. Los conflictos familiares y los acontecimientos vitales son causa directa de las recaídas y las rehospitalizaciones del paciente psiquiátrico. En este caso, el modelo de emoción expresada ha indicado que los altos índices de estrés por la interacción y comunicación familiar, verbal y no verbal, se pueden evitar al aprender nuevas formas de interacción entre los miembros de la familia y de ésta hacia el enfermo.

La llamada carga de cuidar a un familiar con un trastorno mental o conductual ha sido insuficientemente estudiada, razón por la cual es necesario realizar investigaciones al respecto. Por supuesto, es seguro que esto represente alto estrés para la familia, pérdidas económicas, interrupciones en la vida de algunos de los miembros, la perturbación en la rutina doméstica y la restricción de las actividades sociales.

Sin embargo, los problemas relacionados con la carga de los trastornos mentales radica en la forma en la que los gobiernos la enfrentan. De hecho, los servicios de salud

mental pueden estar enmarcados en el sistema de salud de los países debido a que la salud física y la salud mental están interrelacionados. Dejar de lado la salud mental de la salud pública tiene consecuencias desfavorables para su atención en términos de cargas, costos, bienestar y seguridad de la población.

El concepto de salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino una gama de factores relativos al desarrollo físico, mental, social y ambiental para garantizar en cierta medida el bienestar de los individuos y de la sociedad. Comprender los trastornos mentales y conductuales implica asumir un enfoque biopsicosocial, esto es, cambiar el paradigma científico y la opinión pública acerca de que los trastornos mentales sólo radican en afectaciones del cerebro o del sistema nervioso central, o del funcionamiento psicológico y de factores externos como la guerra, la pobreza, el racismo, entre otros.

La salud pública tiene como tarea integrar una visión biopsicosocial explicativa y de intervención para prevenir y atender a las personas con algún trastorno mental. Sin embargo, este enfoque integrativo está obturado porque el hospital psiquiátrico sigue siendo el eje de atención en salud mental en el mundo. Para la OMS, su cierre es definitivo si y sólo si se crean servicios comunitarios de atención para las personas con algún trastorno mental.

Desde este punto de vista, el cierre de los hospitales psiquiátricos debe realizarse a la par de la creación y puesta en práctica de servicios comunitarios de forma paulatina. Crear servicios comunitarios sin cerrar los hospitales psiquiátricos es un peligro para la viabilidad de los primeros porque se mantendría la visión y las prácticas hospitalarias y asilares como principales formas de atención sin dar paso al cambio de paradigma.

2. 2. 2 Soluciones

En 2001, la OMS (2001: xi-xiii) emitió diez recomendaciones para reformar los servicios de salud mental: dispensar el tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de psicotrópicos; prestar atención en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios; establecer políticas, programas y legislación nacionales; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental en las comunidades y apoyar nuevas investigaciones

biológicas y psicosociales. Este informe, además, establece tres escenarios a partir de los cuales se brindan orientaciones específicas y plausibles.

El escenario A corresponde a los países más pobres donde los recursos son muy limitados o inexistentes, en cuyos casos pueden aplicarse medidas concretas como capacitación de personal y la disponibilidad de medicamentos esenciales en todos los establecimientos sanitarios; el B implica el cierre de los hospitales psiquiátricos de internamiento y la adopción de medidas de integración de la atención de salud mental en la atención sanitaria en general y el C corresponde a los países con más recursos, el cual propone mejoras en el tratamiento de los trastornos mentales en la atención primaria, la disponibilidad de los medicamentos más recientes y de establecimientos de atención comunitaria con cobertura total.

El informe de la OMS sobre la salud de 2010 (OMS, 2010: 4) enfatizó brindar una cobertura universal, evitar el recorte al gasto de asistencia sanitaria y buscar opciones que mejoren la eficiencia, como los prepagos de los servicios por un gran número de personas con la consiguiente mancomunación de los fondos para cubrir los costes de la asistencia sanitaria de todos los involucrados. El énfasis puesto en la cobertura universal y el problema de su financiamiento es relevante en una época de crisis económicas, políticas y sociales en el ámbito global.

La importancia de la cobertura universal radica en que la promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socioeconómico sostenido; se asume que la salud para todos contribuye a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. Pero la promoción y preservación de la salud se encuentran más allá de los límites del sector sanitario porque las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en la que ellas viven y mueren. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo tienen efectos sobre la salud de las personas, por lo que corregir las desigualdades en estos ámbitos disminuirá las que se producen en la salud.

De acuerdo con la OMS, hay tres obstáculos para lograr la cobertura universal: la disponibilidad de recursos, puesto que ningún país ha logrado garantizarla; la dependencia excesiva de los pagos directos de medicamentos con o sin receta y las cuotas de consultas y

procedimientos cuando la gente necesita asistencia y, por último, el uso ineficiente e inequitativo de los recursos. La identificación de estos obstáculos simplifica el modo de solucionarlos debido a que los gobiernos de cada país llevan a cabo o postergan reformas sanitarias conforme a sus propias políticas, proyectos y programas y contextos sociales.

Las tendencias de la reforma sanitaria en el mundo han estado orientadas a la descentralización y a la reforma de los sistemas de financiación de la salud. El proceso de descentralización comenzó en los países industrializados y ha influenciado a los países en vías de desarrollo, lo cual implica cambios en el sistema político y económico como respuestas al fenómeno de la globalización, a la adecuación de las necesidades locales y a la transformación por conflictos civiles y desplazamiento de la población.

Las reformas de la financiación han estado orientadas a la mejora del acceso a la atención sanitaria, la equidad de los servicios y la promoción del uso de tecnologías con el fin de obtener mejores resultados a partir de la perspectiva coste-beneficio. Para los gobiernos, estas reformas representan un método para controlar el coste de las prestaciones sanitarias y para repartir el gasto en la población.

Las oportunidades que ofrecen las reformas son la integración de los servicios de salud mental en los de la salud en general y el incremento del presupuesto para los trastornos mentales; los riesgos incluyen la marginalización de los servicios, su fragmentación y exclusión debido a la descentralización, el incremento de los gastos sufragados por los pacientes y la exclusión del tratamiento de trastornos mentales por los seguros públicos y privados.

La salud mental de las sociedades está influenciada por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud. Las políticas gubernamentales influyen negativa o positivamente en la salud mental de la población al tomar en cuenta o ignorar que sus decisiones sobre el ámbito político, económico y social causan efectos en la salud mental. A esto se suman varios factores de riesgo favorecedores de trastornos mentales: la pobreza, la urbanización, la delincuencia, el desempleo, entre otros.

En suma, todo proceso de reforma de servicios de salud mental está destinado a enfrentar, solucionar y postergar problemas en los ámbitos sociales, colectivos, políticos, ideológicos y económicos. La realidad social de cada región y país delimita la forma en la

que se pueden llevar a cabo reformas sanitarias en general y de salud mental en particular. Si bien corresponde a los gobiernos llevar a cabo estas reformas conforme a las recomendaciones basadas en la evidencia, éstas no pueden ser realizadas sin la participación de los involucrados: familiares, pacientes, profesionales, asociaciones civiles, entre otros.

La OMS (2005: 2-3), en su conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental, recomienda mejorar los servicios de salud mental con base en el conocimiento disponible sobre la comprensión, el tratamiento y la atención sanitaria de las personas que padecen trastornos mentales, considerando las reformas y las políticas gubernamentales en otros sectores. El conjunto de guías comprenden las políticas, los planes y programas, la financiación, la legislación y derechos humanos, el fomento, la mejora de la calidad, la organización, la planificación y presupuestos de los servicios de salud mental.

Las tendencias de las reformas sanitarias orientan a descentralizar los servicios, esto es, la ubicación de zonas geográficas y la distribución de los servicios y los recursos a los sectores en situaciones adversas; en consecuencia, esto implica modificar la financiación sanitaria de acuerdo al contexto de cada país e integrar los servicios de salud mental en la atención sanitaria, en particular, en el nivel de atención primaria (OMS, 2005: 24). Esta recomendación puede brindar atención en salud mental mediante los servicios sanitarios en general cuando algún país carezca gravemente de cuadros profesionales especializados, reducir el estigma social que implica padecer un trastorno mental y reducir los costos de atención.

Las políticas gubernamentales macroeconómicas pueden tener efectos positivos y negativos en la salud mental (OMS, 2005: 27). La pobreza es considerada como un factor determinante de los trastornos mentales debido a que las personas experimentan estados de adversidad ambiental y psicológica; la urbanización indiscriminada incrementa el riesgo de carecer de vivienda, de pobreza y de exposición a adversidades ambientales como la contaminación; la carencia de vivienda puede generar estrés y angustia en las personas y el desempleo es un desencadenante de depresión y comportamiento autodestructivo.

La legislación laboral puede favorecer un ambiente de trabajo seguro, pero el empleo por sí mismo no garantiza la salud mental. Los sistemas de seguridad social pueden

proporcionar una cobertura adecuada para las discapacidades atribuidas a los trastornos mentales. Mediante las escuelas es posible llevar a cabo acciones de prevención y promoción en el campo de la salud mental. Puesto que las personas con trastornos mentales tienen una relación significativa con el sistema judicial penal, son necesarias las políticas preventivas de encarcelamiento inapropiado y la canalización de estas personas a los establecimientos para su tratamiento.

A partir de lo expuesto, la cronicidad de las enfermedades mentales y el empobrecimiento global de los pacientes no están determinados por la enfermedad en sí, sino por una cantidad de ámbitos sociales, políticos, familiares, morales y culturales que pueden ser modificados mediante la reforma de los servicios psiquiátricos. Estas recomendaciones sugieren que la atención al enfermo mental tiene sentido si es llevada a cabo por los actores y programas involucrados que constituyen, en conjunto, los factores de riesgo y protección.

2. 2. 3 Del hospital a la comunidad

Debido a la institucionalización, la vulneración de los derechos humanos y el abandono que implica el orden manicomial y asilar, es necesario cambiar el paradigma de los servicios de salud mental, de la hospitalización a la asistencia comunitaria.

De acuerdo con los principios de asistencia, una perspectiva comunitaria tiene enormes beneficios, tales como evitar la violación de derechos humanos, establecer diagnósticos oportunos e intervenciones puntuales, brindar continuidad en la asistencia, contar con una amplia gama de servicios, incluir a los pacientes y familiares en los programas, establecer redes de apoyo e integrar los servicios de salud mental en la atención primaria. La atención comunitaria en salud mental tiene como fin habilitar a las personas con trastornos mentales.

La idea de habilitar implica realizar la siguiente interrogante: ¿cómo pueden habilitar los servicios de salud mental comunitarios lo que no está habilitado? Desde el punto de vista de la OMS, la habilitación está fundamentada en evitar la minusvalía y disminuir la discapacidad del paciente psiquiátrico. La habilitación tiene que ver con la familia y la comunidad, escenarios sociales donde la asistencia comunitaria ofrezca marcos

de intervención para incluir a familiares, pacientes, comunidades, redes y profesionales en los cuidados al paciente.

Las ideas de empresa social, la rehabilitación psicosocial, los componentes de la asistencia, la integración de la salud mental en la salud pública son determinantes en la configuración de servicios intersectoriales y de inclusión en servicios de primer nivel de atención en salud. De hecho, los gobiernos deben ser los responsables de garantizar los servicios de salud mental.

En algunos países es común que, de forma paralela al funcionamiento del hospital psiquiátrico, se realicen planes y programas de intervención psicosocial o psiquiatría comunitaria, pero sin contar con políticas públicas para la prestación de este tipo de servicios que, de alguna manera, garanticen su viabilidad. El diseño de políticas de salud mental debe enfrentar y solucionar problemas relativos al financiamiento, el diseño de políticas, establecer bancos de información, identificar grupos vulnerables, respetar los derechos humanos e influir en la legislación en el ámbito.

Si las políticas de salud mental están orientadas a superar la psiquiatría asilar como eje de atención, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental debe ser paralelo al cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos, donde éstos quedarían como una posibilidad de atención. De hecho, las políticas públicas deben garantizar que los servicios de salud mental sean integrados en los hospitales generales con vinculación a los servicios comunitarios.

Cabe resaltar que el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos y la creación de servicios de salud mental comunitarios implica la adquisición de fondos, el establecimiento de redes, la focalización de la población a atender y dado que la mayoría de los países en desarrollo carecen de profesionales formados académicamente en salud mental y servicios comunitarios, es imprescindible revisar los planes y programas de estudio de las universidades para que los profesionales orienten su quehacer en ese sentido.

Otro de los aspectos importantes es la concienciación de la población acerca de los trastornos mentales, donde los medios masivos de información pueden jugar un papel clave en la difusión de información sobre este ámbito. Además, los recursos comunitarios pueden ser elementos para propiciar el involucramiento de la población y un cambio de actitud y

representación sobre los trastornos mentales y su tratamiento. Resolver los problemas de la salud mental puede pasar a la modificación de las prácticas y las representaciones, pero con esto, también las estructuras sociales que las preceden y las determinan.

De hecho, en muchos países en desarrollo, los programas de asistencia a personas con trastornos mentales no es prioritario; no se dispone de servicios psiquiátricos para la población en general y los únicos existentes están en los hospitales, los cuales están centralizados, de grandes dimensiones; el manicomio es una comunidad aparte; las leyes son viejas y anacrónicas y se carece de formación de cuadros de profesionales para el trabajo comunitario (OMS, 2001: 52).

De acuerdo con *World Health Organization and World Organization of Family Doctors* (2008: 17; OMS, 2001: 53), la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria en salud puede ser una forma de eliminar problemas suscitados por la hospitalización, deshospitización y manicomialización. Algunos países como Argentina, Belice, Brasil, Chile, India, Irán, Arabia Saudita, Sudáfrica y Uganda han realizado programas piloto para integrar los servicios de salud mental en los de atención primaria, de manera que el paciente sea atendido en su misma comunidad y sea socialmente integrado.

En los países en desarrollo donde se han organizado nuevos servicios de salud mental, por regla general, se han constituido como parte de la atención primaria de salud debido a la falta de profesionales capacitados y recursos para prestar servicios especializados. La opción de utilizar todos los recursos comunitarios disponibles posee el atractivo de capacitar a los individuos, las familias y las comunidades para que hagan de la salud mental un objetivo de los ciudadanos más que de los profesionales.

En general, la atención en salud mental no está recibiendo los apoyos necesarios en los países en desarrollo. Incluso en países donde programas piloto han demostrado el valor para integrarla en la atención primaria de salud, ese enfoque no se ha hecho extensivo a la totalidad de sus territorios.

2.3 Servicios de salud mental en México

La creación de los hospitales psiquiátricos en México y el cierre de El Manicomio General de la Ciudad de México, mejor conocido como La Castañeda, marcaron el inicio de

la psiquiatría mexicana moderna. A pesar de la construcción de nuevas unidades hospitalarias y de las reformas psiquiátricas suscitadas en la década de 1950 y 1960, prevalecieron las corrientes organicistas y el orden manicomial y asilar. En la actualidad, los servicios de salud mental están adheridas a prácticas biomédicas y han evitado su reestructuración con base en las recomendaciones internacionales y las experiencias de otros países.

2.3.1 Historias

La historiografía de la locura, de las psicosis, de las enfermedades mentales y de la psiquiatría en México es escasa, en el sentido de que quienes se han abocado a esta tarea pertenecen a disciplinas ajenas al oficio de la historia y sus formas de hacerla corresponde a sus motivaciones y perspectivas particulares y circunstanciales. Cristina Sacristán (2005: 10) construye tres formas de hacer historia sobre la locura y la psiquiatría, lo cual remite a los procedimientos para acercarse a lo histórico: la historia de bronce, la historia profesional objetiva y la historia social y cultural.

Los historia de bronce surgió, en particular, en el campo de la clínica, donde médicos y psiquiatras construyeron la historia de su profesión cuando se desempeñaban como funcionarios de alto nivel en instituciones de asistencia de enfermos mentales (Sacristán, 2005: 11). Siendo que la historia no constituía su quehacer profesional, sus producciones se abocan a destacar los grandes logros políticos e institucionales y la fundación de hospitales y manicomios. En este tipo de historia, es común encontrar la división de grandes periodos relativos a la historia de México.

La historia profesional objetiva se caracteriza por una perspectiva revisionista y sustentada en fuentes que fueron producto de documentos de archivo provenientes de las instituciones de asistencia, los textos médicos especializados, tesis y artículos científicos publicados en revistas especializadas (Sacristán, 2005: 18). En este tipo de hacer historia, prevalece el tema de los hospitales y hay aproximaciones sobre el análisis del funcionamiento interno de cada nosocomio.

En cuanto a la historia social y cultural, hay una tendencia a reconocer que el sujeto que observa lo hace desde un lugar, lo cual transforma el objeto observado, razón por la

cual se dice que la verdad alcanzada por el historiador es relativa (Sacristán, 2005: 24). Las fuentes son consideradas como productoras de significados, descifrables a partir de la sociedad que las produjo. Dos premisas sustentan a este tipo de hacer historia: la locura no puede ser comprendida fuera del orden social que la nombra y la psiquiatría, como generadora de conocimiento, se encuentra sujeta tanto a la dinámica interna de la ciencia como a las estructuras económicas, políticas, jurídicas y religiosas en las que se ubica.

En términos del quehacer historiográfico, es evidente las limitaciones que este trabajo de tesis contiene, dentro de las cuales en este apartado me restringiré a señalar algunos acontecimientos importantes en la forma de atender la locura y los trastornos mentales en México. En particular, retomo una lectura sobre la construcción del Manicomio General y otra sobre la transición psiquiátrica en México a partir de la instauración del hospital psiquiátrico como eje de atención en salud mental.

La historia mexicana refiere la existencia de dos hospicios para dementes: el de San Hipólito, fundado por Bernardino Álvarez en 1560 y el de La Canoa o Divino Salvador, fundado por José Sáyo en 1680 (Rodríguez, 1993: 26-27; Calderón, [2002] 2008: 30-33; Sacristán, 2005: 14). Estos hospicios atendieron no sólo a locos, pervertidos y desenfrenados, sino también a mendigos y viajeros. Aunque hasta finales del siglo XIX fueron administrados por la iglesia católica, su funcionamiento perduró hasta la creación del Manicomio General en 1910 en la Ciudad de México.

La Constitución de 1867 prohibió que los hospicios quedaran en manos de particulares y órdenes y asociaciones religiosas, por lo que su administración pasó a ser responsabilidad de la Dirección General de Beneficencia Pública, una dependencia de la Secretaría de Gobernación. Años más tarde, cuando el presidente de México Porfirio Díaz giró instrucciones para construir el Hospital General de la Ciudad de México, se asistía a una especie de modernización de la atención médica y existía la voluntad de la administración pública por incorporar los avances científicos a la medicina mexicana.

En el II Congreso Médico Panamericano de 1886, el Dr. Samuel Morales Pereyra y el Dr. Antonio Romero, integrantes de la Junta General nombrada por el Secretario de Gobernación, el General Manuel González Cosío, proyectaron en una ponencia la edificación de un manicomio para la Ciudad de México (Rodríguez, 1993: 25). El

antecedente de este trabajo fue un documento titulado *El manicomio* de 1884, publicado por la Oficina Tipográfica del Ministerio de Fomento, cuyo contenido aborda la literatura sobre higiene mental y propone establecer un manicomio con base en las experiencias de Bélgica, Estados Unidos, Inglaterra y Francia. En esos años, México carecía de alienistas debido a la inexistencia de la especialidad en el país.

El contenido de *El manicomio* refería que el estudio de la locura estaba olvidado y retirado de la observación de los sabios y justificaba la conveniencia de colocar a los locos en sitios más o menos aislados, donde la caridad pública pudiera hacerse cargo de ellos (Rodríguez, 1993: 28). Los miembros de la Junta General retomaron las ideas de Philippe Pinel sobre el tratamiento moral basado en la paciencia y la observación patológica, el cual brinda, por una parte, los principios generales para la construcción, organización y separación de los enfermos por tipo de afección y, por otra, establece la importancia del médico en la observación y dirección material de los enfermos; de Jean-Étienne Esquirol retomaron su experiencia sobre la dirección de los primeros asilos para enajenados y la importancia atribuida a la medicina mental.

La tesis central de la ponencia del Dr. Morales y del Dr. Romero giró en torno al problema de aislar o liberar a los enfermos mentales, esto último en dos modalidades: colocándolos a vivir con familias o ubicándolos en colonias de locos. La Junta rechazó estas dos modalidades porque, de acuerdo con las experiencias europeas y norteamericanas y las doctrinas psiquiátricas, el asilamiento se juzgaba como el primero y el más importante de todos los medios de tratamiento para los enajenados y, además, por su inviabilidad en el contexto mexicano debido al modo de ser social, las costumbres y la falta de educación de la sociedad. Entonces, el encierro del enajenado estaba justificado por una supuesta protección y una pretendida ineptitud social (Rodríguez, 1993: 29).

La opción del encierro se justificó debido a los aparentes fracasos de creación de comunidades de locos o a colocarlos a vivir con familias en las experiencias europeas. Los autores referían que estos dos sistemas brindaban resultados de curación muy inferiores a los obtenidos por el sistema de reclusión completa en manicomios cerrados, el cual, en consecuencia, era el único adoptable en el contexto mexicano, procurando tener en el interior del manicomio suficiente extensión de terreno para desaparecer la idea del claustro,

expandir el ánimo de los aislados y entregarlos al trabajo de horticultura y floricultura. A la ineptitud de la sociedad mexicana se sumó el conocimiento de los avances científicos, factores que justificaron el encierro de los locos.

La curación de la locura en esa época estaba caracterizada por una mezcla de eliminación de síntomas, control del padecimiento y reinserción social del paciente en el menor tiempo posible. La identidad de la locura y la peligrosidad son un hecho único indivisible y la necesidad de aislar al loco para reeducarlo era el dispositivo social propuesto por el régimen porfirista (Rodríguez, 1993: 32).

En cuanto a los recursos económicos destinados a los locos, la Junta General eligió la reclusión y la centralización de los servicios en una institución, en la que ellos estarían en buenas condiciones y contarían con cama, vestido y alimento. El fracaso del manicomio comenzó el mismo día en que se inauguró debido a la falta de una planificación adecuada y lo que fue una institución calculada para albergar a 800 personas, recibió hasta cinco veces esa cantidad. La ausencia de una planificación, el hacinamiento y la falta de mantenimiento fueron las causas más evidentes de la cronicidad y la institucionalización de los pacientes.

Hay cuatro acontecimientos determinantes en la instauración del modelo asilar del manicomio: la aplicación del positivismo en las ciencias y las actividades humanas, la tradición mexicana de recluir a los locos en hospicios regulados por la iglesia y el Estado, la ausencia de médicos alienistas y especialistas en el país y el encargo a la Junta General para estudiar y proyectar la construcción del manicomio sin considerar las modalidades terapéuticas existentes en el mundo. En conclusión, la construcción del Manicomio General de la Ciudad de México, conocido como *La Castañeda* (1910-1967), responde a la demanda de orden y progreso por el Estado.

Por otra parte, María Eugenia Ruiz Velasco (2007: 81), quien estudió la transición psiquiátrica en México, se preguntó sobre la forma en la que se concretó su aislamiento en la década de los años sesenta cuando predominaban las recomendaciones internacionales y las críticas a la psiquiatría y sus representantes; sus hallazgos señalan que en esa década hubo un retroceso en la psiquiatría mexicana en relación con las tendencias internacionales. De 1965 a 1995, predominaron los enfoques organicistas; de hecho, hubo pocos intentos de reforma psiquiátrica y los que emergieron, se caracterizaron por su irrelevancia. Además,

había un rechazo relacionado con la transformación institucional por parte de las posturas psiquiátricas tradicionales de ese periodo.

Ruiz Velasco (2007: 83) identifica tres momentos en los que el Estado mexicano se ocupó en las soluciones de los enfermos: la creación del Manicomio de La Castañeda, el cual se volvió un depósito para enfermos; la creación de los grandes hospitales asilares en 1968 en la zona suburbana de la Ciudad de México y la creación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA), una institución que ha brindado mejores condiciones de tratamiento, asumiendo las nociones de reintegración a la comunidad y convirtiéndose en un centro de enseñanza e investigación y, por último, la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1980 y, desde el año 2000, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Las soluciones innovadoras al problema de la enfermedad mental generaron obstáculos al paso del tiempo debido a la inexistencia de monitoreo y transformación ante la demanda creciente y la oposición de incluir alternativas de tratamiento distintas a la perspectiva asistencial, manicomial y hospitalaria. Además, las propuestas asistenciales en la creación de hospitales asilares y del HPFBA han absorbido la mayor parte del presupuesto destinado a los servicios de atención psiquiátrica. En otras palabras, la política de centralización de este rubro ocasiona que los recursos sean asignados a ambientes hospitalarios asilares, lo cual deja de lado la oportunidad de utilizar los recursos en otras esferas.

A pesar de la existencia de otras modalidades de tratamiento, la psiquiatría mexicana se ha adherido al paradigma biomédico, una tendencia que descalifica por antonomasia otros enfoques provenientes de campos no médicos, como las ciencias sociales. De hecho, estas últimas son consideradas como amenazas a las prácticas actuales de los hospitales psiquiátricos porque cuestionan los efectos de las prácticas terapéuticas dominantes, la burocratización de los servicios de salud mental y la forma en la que el gobierno federal canaliza los recursos, entre otros ámbitos.

Las generaciones de especialistas en psiquiatría se educan en un campo que perpetúa el paradigma biomédico, a pesar de que los organismos internacionales refieren que los pacientes tienen un mejor pronóstico cuando se les brindan tratamientos

psicosociales y farmacológicos en lugar de centrar la atención en los últimos. La psiquiatría en México presentó un retroceso en relación con las tendencias internacionales a partir de la década de 1960 y, en la actualidad, su adherencia biomédica son efectos de ese pasado que reducen a la psiquiatría a un enfoque asistencial que obstaculiza algún cambio de paradigma.

2.3.2 Normatividad

Para comprender el estado actual de los servicios de salud mental en México, es necesario ubicarlo en la lógica del sistema de salud. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el sistema de salud mexicano se caracteriza por ser un esquema centralizado y excluyente en la prestación de los servicios de salud (OCDE, 2005: 117).

La población mexicana rebasa los cien millones de habitantes, de los cuales, sólo cerca del 40% de la población cuenta con algún tipo de seguridad social como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La población carente de seguridad social puede acudir a los servicios que brinda la Secretaría de Salud regulada por el gobierno federal y un sector reducido cuenta con ingresos que le permiten adquirir servicios médicos en clínicas y hospitales privados de alto costo.

En la zona centro del país se encuentran las principales instituciones prestadoras de servicios de salud. En las ciudades y las zonas urbanizadas de los estados de la república se ubican los mejores servicios de salud, lo cual dificulta que la población dispersa en zonas marginadas y rurales pueda recibir asistencia médica especializada. Los hospitales de alta especialidad se concentran en la Ciudad de México, mientras que los de primer y segundo nivel se ubican de forma dispersa en los estados de la república.

Esta distribución territorial de los servicios provoca que la mayor parte de los recursos financieros se transfieran al centro del país, que la población de los estados tenga que viajar de sus lugares de origen a la ciudad, con el gasto económico, emocional y físico que esto conlleva y que los cuadros de profesionales de la salud prefieren brindar asistencia en las instituciones de la zona centro del país.

Aunque a partir de la década de 1990, el Gobierno Federal ha llevado a cabo acciones para descentralizar los servicios de salud de manera que cada estado se responsabilice de sus recursos y tome sus propias decisiones, la burocracia del sistema de salud ha dificultado el proceso. Además, la ausencia de un esquema universal de salud es uno de los factores que obstaculiza brindar asistencia sanitaria a la población. En este marco se encuentran los servicios de salud mental.

Para comprender la política de los Servicios de Salud Mental (SERSAME), un órgano descentrado con nivel de dirección general del que dependen los tres hospitales psiquiátricos y los tres centros comunitarios de salud mental en la Ciudad de México, todos sus programas, procedimientos y actividades emanan de las directrices señaladas por el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el Programa Nacional de Salud (PNS), el Programa de Acción Específico de Salud Mental (PAESM) y la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994.

De acuerdo con el PND 2007-2012, en el país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones, los cuales son tipos de padecimientos difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición (PND, 2007: 160). Estas causas están asociadas al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas y las prácticas sexuales riesgosas.

En particular, el Eje 3 Igualdad de Oportunidades del PND considera que la salud de la población puede mejorarse a partir del diseño y puesta en marcha de estrategias orientadas a la disminución de la pobreza y la mejora de los servicios de salud, mediante acciones de los gobiernos federal y estatales. En este sentido, es evidente que para mejorar la salud de la población es necesario que ésta, independientemente de su nivel socioeconómico, tenga las mismas oportunidades para obtener servicios.

El PND aborda temas relativos a la llamada calidad de vida, pero excluye los trastornos mentales y con esto toda estrategia que mejore los servicios de salud mental; el documento descarta el hecho de que varias familias tengan riesgos de perder su patrimonio

por buscar atención especializada para sus familiares enfermos o que las personas enfermas sean abandonadas y excluidas de la sociedad. En suma, el PND 2007-2012 prescinde de sus objetivos, ejes y estrategias a las personas con trastornos mentales.

El PNS 2007-2011 resalta la importancia de las enfermedades que causan un número considerable de muertes, como la diabetes y el cáncer, y señala la necesidad de atender otras enfermedades que están produciendo una enorme carga en términos de discapacidad, aunque no necesariamente en términos de muertes prematuras. Destacan dentro de ellas las afecciones originadas en el periodo perinatal, la depresión unipolar mayor, la osteoartritis y las cataratas.

De acuerdo con el rubro sobre riesgos para la salud (PNS, 2007: 38-39), en las últimas décadas los cambios que se han producido en la pauta de daños para la salud se deben al desarrollo de riesgos del entorno y a los relacionados con estilos de vida, dentro de los cuales destacan la falta de acceso a agua potable, los servicios sanitarios, la contaminación atmosférica, los riesgos laborales y los desastres naturales.

Estos factores de riesgo se combaten con la promoción de determinantes positivos de las condiciones de salud, que incluyen el consumo de alimentos con alto valor nutrimental, la actividad física, el consumo responsable de bebidas alcohólicas, la reducción del consumo de tabaco, de drogas ilegales y de drogas médicas no prescritas, la sexualidad responsable y protegida y la vialidad segura.

El PAESM ([2001] 2002: 19) refiere que es el primer esfuerzo por formular una estrategia integral y coordinada en salud mental, cuya orientación está dirigida a invertir en el componente psicosocial, crear un sistema universal de salud, participar con la comunidad en la atención y rehabilitación de los pacientes y sensibilizar a la sociedad ante el problema.

Este programa contempla la elaboración de nueve programas específicos de depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre y Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental. De acuerdo con indicadores epidemiológicos, estos padecimientos representan la mayor morbilidad e incapacidad personal, laboral y social en la población mexicana y pretende que estos programas tendrán carácter normativo y rector para todas las instancias del Sistema Nacional de Salud.

En particular, uno de los elementos clave de este programa es la reforma de los servicios de salud mental a partir de dos vertientes (PAESM, [2001] 2002: 106): 1) la reasignación de funciones, es decir, cambios de ubicación de las unidades administrativas con sus efectos en las subsecretarías y a la inversión en infraestructura y 2) la reforma de la atención psiquiátrica por medio de la renovación del paradigma de atención hospitalaria especializada, desplazándola a los servicios ambulatorios que promuevan acciones de tipo preventivo tanto en la familia como en la comunidad.

Por otra parte, la NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, estableció la modernización de los modelos de servicios de atención psiquiátrica. La perspectiva subyacente a esta norma implica mantener una perspectiva predominantemente biomédica. La hospitalización, ya sea voluntaria o involuntaria, se brinda a aquellos usuarios que necesiten atención médica. Una vez que los usuarios son dados de alta, ellos pueden acudir a la consulta externa y a programas psicosociales brindados en los centros comunitarios con programas diseñados para esto.

Los efectos de la Norma Oficial, por una lado, excluyen los enfoques psicosociales, puesto que el modelo biomédico es el que predomina como parte de los procedimientos rehabilitadores en los hospitales, es decir, la psiquiatría hospitalaria engloba todo tipo de prácticas en la atención de usuarios en términos operativos y legales. Esta norma fomenta que los servicios de atención psiquiátrica se reduzcan a modelos de atención farmacológica.

Los resultados de dos evaluaciones de los servicios de salud mental en México, publicados en 2004 y 2010 respectivamente, echan por tierra la normatividad junto con los planes, programas, metas, estrategias y acciones del Gobierno Federal que pretenden reformar los servicios de salud mental en el país. El desplazamiento del paradigma psiquiátrico hospitalario y especializado por alternativas comunitarias ha quedado en letra muerta.

2. 3. 3 Evaluaciones

Cabe destacar algunos de los resultados derivados de la Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana, realizado en 2002 por expertos internacionales a

solicitud del Dr. Julio Frenk, ante el Programa Regional de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su similar en la OMS. El objetivo de esta evaluación fue conocer y asesorar a las autoridades de la Secretaría de Salud de México sobre el Plan de Acción en Salud Mental 2001-2006, el Plan Maestro en Infraestructura para la Atención a la Salud Mental en el Estado de México y Distrito Federal 2001-2006, el Plan de Desarrollo de Infraestructura para la Salud y las experiencias innovadoras y algunos desarrollos de los servicios de salud mental en estados de la República Mexicana.

El programa de trabajo incluyó la visita a hospitales psiquiátricos, hospitales generales, centros de salud, hogares de tránsito, casas de medio camino, centros comunitarios de salud mental y centros de rehabilitación. El programa focalizó las referencias relacionadas con las necesidades y los cuidados de las personas con trastorno mental severo debido a su gravedad, su tendencia a la larga evolución y ser origen de gran número de discapacidades. Estos ámbitos ofrecen los mejores indicadores para evaluar si una red comunitaria de servicios de salud mental ha desarrollado la diversidad necesaria de componentes, si están cohesionados y si operan con la calidad mínima requerida (OPS, 2004: 15).

En general, los resultados de la evaluación de los servicios de salud mental fueron desfavorables. Las críticas resaltaron la ambigüedad de los documentos informativos y de los planes estratégicos de los centros visitados y cuestionaron el concepto de niveles, donde los servicios de salud mental suelen tener sólo dos niveles de atención y dado que el tercero se reserva a hospitales con recursos altamente especializados, no son característicos de los hospitales psiquiátricos. De hecho, el tercer nivel es utilizado para clasificar actividades asistenciales relacionadas con la rehabilitación y la prevención terciarias. Sin embargo, se carece de una red amplia y sofisticada para clasificarlas de esa manera puesto que varias de las instituciones se basan en el conteo de camas (OPS, 2004: 18).

En relación con los servicios comunitarios, éstos ofrecen un buen servicio ambulatorio a los pacientes, brindan apoyo a sus familiares, enseñan atención de la salud a escuelas y empleados públicos, toman medidas preventivas e insisten en la reducción del consumo de alcohol y de la violencia familiar; sin embargo, en los centros de salud se

excluyen las necesidades de las personas con trastornos mentales y de quienes tienen dificultades de aprendizaje (OPS, 2004: 19).

En el caso de los hospitales generales visitados, las únicas camas disponibles para enfermos psiquiátricos corresponden al sistema público de seguridad social. Y en el caso de Instituto Nacional de Psiquiatría, sus servicios de atención están orientados a enfermos neuropsiquiátricos, su infraestructura y recursos técnicos es buena, pero carece de integración en una red asistencial comunitaria (OPS, 2004: 24).

En particular, los hospitales psiquiátricos muestran el lado más desfavorable de los servicios de salud mental (OPS, 2004: 25). Por ejemplo, los pacientes con trastornos esquizofrénicos y afines están mal atendidos por el sistema sanitario existente, dominado por la deficiente atención y custodia y algunos de ellos se encuentran en condiciones deplorables.

De acuerdo con el Plan Maestro en Infraestructura para la atención a la Salud Mental en el Estado de México y Distrito Federal 2001-2006, se previó cambiar los hospitales psiquiátricos por edificios nuevos, lo cual perpetuará el aislamiento de los pacientes y la estigmatización de los servicios psiquiátricos. En este sentido, se sugiere que la hospitalización debe ser el último recurso y debe promoverse dentro de los hospitales generales. De acuerdo con esto, si se crea un sistema integral de establecimientos comunitarios, se prescindirá de hospitalizar a la gran mayoría de los pacientes.

Además, los hospitales psiquiátricos del país tienen un diseño panóptico, la condición jurídica del paciente es clara, es decir, no se respetan sus derechos humanos ni civiles, hay una mezcla de categorías diagnósticas, existe un contexto de insuficiente especificidad en los programas terapéuticos, el número de reingresos es alto, los programas de rehabilitación se reducen a la física y la reinserción social está limitada por la escasa interacción con organismos de la comunidad y la seguridad social.

Por otra parte, de acuerdo con el informe de 2010 de *Disability Rights International* (DRI) y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH), el contexto de los servicios de salud mental en México es deplorable, la tendencia está centrada en fortalecer las prácticas hospitalarias asilares, lo cual desalienta la

posibilidad de vincular las instituciones existentes con la comunidad y otros servicios de salud.

DRI y la CMDPH visitaron veinte instituciones que internan a miles de niños y adultos en la Ciudad de México y en los estados de Jalisco, México, Oaxaca, Puebla y Veracruz. En la mayoría de estas instituciones los abandonados se consumen de por vida (DRI y CMDPH, 2010: 1-2). La única excepción entre los lugares que fueron visitados es el HPFBA, un hospital que cuenta con recursos de personal considerablemente mayores a los de otras instituciones y que atiende a personas por periodos más cortos.

Cuando la gente es dada de alta del HPFBA, es enviada al sistema de albergues residenciales a puerta cerrada en la Ciudad de México si no pueden vivir independientemente o carecen de familia que cuide de ellos en la comunidad. Una vez ubicados en estos albergues, conocidos como Centros de Asistencia e Integración, los individuos se convierten en abandonados. Ya sea que estas instituciones se mantengan limpias o que se sometan a los pacientes a condiciones precarias, todas aíslan y segregan innecesariamente a las personas, violando así sus derechos humanos.

En México, la negación de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad internadas en instituciones imposibilita a los individuos a buscar la aplicación de sus demás derechos. El artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece la obligación de todos los gobiernos de alejarse de las instituciones para garantizarle a toda persona con discapacidad una oportunidad de vivir en la comunidad.

El informe de investigación de DRI señala que México está avanzando en la dirección opuesta: aunque el gobierno de México es líder mundial en conseguir el reconocimiento internacional de los derechos de personas con discapacidad, el sistema de salud mexicano segrega a miles de personas por el resto de su vida en instituciones de estancia prolongada.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, México cuenta con 33 unidades hospitalarias de psiquiatría y salud mental. Existen 31 532 consultorios y 36 351 camas censables para la población no asegurada en el sector salud, pero sólo el 1.8% de los recursos destinados a la

atención en salud mental es para consultorios y el 12.7% para camas censables. Del gasto total de salud ejercido, se etiquetó 0.65% para la atención de la salud mental.

La Secretaría de Salud estima que de cada 100 personas con trastornos mentales severos sólo 2.5% recibe la atención necesaria. La cantidad real de personas recluidas en hospitales psiquiátricos y de salud mental puede ser mucho mayor ya que el sistema es descentralizado y el gobierno federal ni controla ni regula muchas de las instituciones que son dirigidas a nivel estatal.

En el HPFBA y en La Salud, dos hospitales comprometidos con la atención ambulatoria, las autoridades explicaron que se ven en la necesidad de tomar fondos de su presupuesto previsto para la atención hospitalaria y así costear los servicios de atención en la comunidad (DRI y CMDPH, 2010: 3). Sin ninguna fuente independiente de financiamiento para estos servicios, la prestación de servicios comunitarios es prácticamente imposible.

Este capítulo muestra que las posibilidades de reforma psiquiátrica están determinadas por varios factores entrelazados como la estructura del sistema de salud y los servicios de salud mental, las leyes sobre salud mental, el reconocimiento de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales, la disponibilidad de recursos para su financiamiento, la formación de profesionales de la salud mental médicos y no médicos, el desarrollo socioeconómico y cultural de cada país y la sensibilización moral de la sociedad.

Sin embargo, con base en la revisión de la literatura hay un tema poco abordado: los factores psicosociales que mantienen, sustentan, posibilitan u obstaculizan las transformaciones de las prácticas y discursos relativos a las enfermedades mentales, para lo cual se requiere sustentar la mirada investigativa desde alguna teoría que enlace los fenómenos psicológicos con los sociales en un terreno específico dado.

En particular, la tendencia a superar el hospital psiquiátrico y sus prácticas está orientado a una perspectiva comunitaria, donde la familia tiene un papel importante en la atención hacia el paciente psiquiátrico; sin embargo hay una cuestión insuficientemente esclarecida: las prácticas y discursos producidos en torno a la familia del paciente psiquiátrico para reinscribirlo e integrarlo en la comunidad.

CAPÍTULO 3

DISPOSITIVOS

Introducción

La lectura acerca de las reformas psiquiátricas y la necesidad de reestructurar los servicios de salud mental con base en perspectivas comunitarias sugiere reflexionar sobre el modo en el que los involucrados piensan y actúan en relación con tales perspectivas. En el campo de la salud mental se ha dado por sentado la relación entre la familia, la comunidad y el hospital psiquiátrico, donde se reproducen prácticas y discursos sobre los trastornos mentales. Una posible solución a este problema, se encuentra en la integración de fenómenos macrosociales con lo microsociales para articular la subjetividad de los actores sociales con la existencia de un orden social.

Puesto que el propósito de esta investigación es explorar la representaciones que cobra la familia para los profesionales de la salud mental y para los familiares de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tipo paranoide del Hospital Parcial de Fin de Semana (HPFS) del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA), al hacerlo, identificaré los efectos de lo social y la forma en que son traducidos en términos de la teoría de las representaciones sociales. Esta perspectiva presupone que los actores sociales son capaces de interpretar su contexto social, adaptarse a éste y transformarlo, al mismo tiempo que los modifica.

El discurso es el medio por el cual la actividad interpretativa de un grupo puede ser estudiada, razón por la cual elegí como dispositivos de intervención la entrevista a profundidad y el grupo focal. Y para evitar caer en la reproducción anecdótica y circunstancial del efecto de la entrevista, caracterizaré los aspectos más importantes del terreno de intervención, el HPFS del HPFBA, y los rasgos centrales de la representación social de la familia del paciente con esquizofrenia tipo paranoide.

3.1 El trabajo de campo

El trabajo de campo de esta investigación lo realicé en tres etapas, en un lapso comprendido de 2009 a 2010, constituido por una intervención infructuosa con trabajadores

del turno especial del HPFBA y, posteriormente, con cuatro profesionales de la salud y un grupo de familiares de los pacientes del HPFS. En este apartado, describiré el terreno en el cual llevé a cabo mi intervención, los dispositivos, la selección de los interlocutores clave y los problemas enfrentados.

3. 1. 1 El terreno

El trabajo de campo lo realicé en el HPFBA en la Ciudad de México, en particular, en el servicio de HPFS, cuyo programa está fundamentado en el modelo de hospital de día (HD) para pacientes ambulatorios diagnosticados con esquizofrenia tipo paranoide. Antes de abordar el terreno específico de mi intervención, primero expondré los fundamentos en los que se basa el modelo de HD y, después, la trayectoria institucional del HPFS del HPFBA.

El modelo de HD surgió en la Unión Soviética en la década de 1930 con el fin de reducir los costos de atención hospitalaria y responder a la demanda creciente de servicios de atención psiquiátrica, los cuales carecían de infraestructura y de capacidad técnica (Stangaro, 2004: 15-16). En 1936, el Hospital Psiquiátrico de Moscú, cuyo director era Dzagharov, puso en marcha el primer tratamiento exclusivamente diurno para pacientes psiquiátricos. El contexto social ruso se caracterizaba por el incremento de la demanda de servicios psiquiátricos debido a la urbanización creciente, a la escasez de camas y de personal técnico y a los problemas económicos que enfrentaba el Estado soviético.

Dzagharov diseñó una forma de asistencia orientada a la rehabilitación del paciente psiquiátrico en términos sociales y laborales. La concepción de este enfoque estaba fundamentada en el trabajo y el desarrollo acelerado de las fuerzas productivas de la época estalinista. Se conformaron prácticas que caracterizan al HD actual, tales como el ambiente libre, los contactos sociales, las actividades grupales y los encuentros periódicos entre el personal y las familias para mejorar el estado de salud de los pacientes considerados funcionales; se excluía la admisión de los débiles mentales, los depresivos graves y los sujetos con tendencias antisociales.

Una década después, el modelo fue retomado por Canadá e Inglaterra y fue considerado como una alternativa para evitar las prácticas manicomiales y hospitalarias. En

1946, D. Ewen Cameron, quien acuñó el término *Day Hospital*, en el Instituto de Psiquiatría del *Allan Memorial Institute of Psychiatry of Montreal* y, en 1948, Joshua Bierer en Londres, iniciaron unidades experimentales de tiempo parcial para el tratamiento de enfermos mentales.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el número de enfermos mentales aumentó en los países europeos debido a los veteranos, los exprisioneros y los migrantes, quienes presentaban problemas de adaptación social y de incorporación al mercado laboral. La incursión activa de las mujeres en este ámbito, la reducción de la tasa de natalidad, la demanda creciente de la sociedad por mejorar sus condiciones de vida, la exigencia de la disminución en los costos de atención individual y de la mejora de los servicios psiquiátricos, la urbanización acelerada y el desarrollo industrial planteaban a los especialistas problemas a ser solucionados por los sistemas de salud.

En las décadas de 1950 y 1960 en los países desarrollados se expandió el modelo del HD, el cual representaba una perspectiva de tratamiento alternativa a la manicomialización y hospitalización. El HD surgió como una respuesta a las prácticas manicomiales y hospitalarias y se caracterizó por ser una técnica ubicada en el periodo de reforma psiquiátrica (Stangaro, 2004: 21). Desde entonces, el modelo del HD se ha extendido a varios países y, en la actualidad, existen modelos de HD de tiempo parcial, los cuales surgieron como adaptaciones a tiempos y funciones terapéuticos en el marco de la psiquiatría social.

El HD conserva su perfil específico relativo a los pacientes ambulatorios, tales como la evitación de la exclusión social por efectos de la hospitalización, el establecimiento de tiempos terapéuticos, la adaptación de un proyecto terapéutico a cada enfermo, la coexistencia temporal en la institución de todos los miembros del equipo terapéutico con los pacientes, la inclusión activa y permanente de las familias en el tratamiento del enfermo y la localización urbana del HD. El potencial movilizador del HD con todas las actividades que propone al paciente induce cambios y presenta obstáculos difíciles de explicar, en particular, en lo referente al concepto de readaptación.

La readaptación implica la desaparición de los síntomas señalados socialmente como indicadores de trastornos psíquicos (Stangaro, 2004: 23). El discurso del equipo

terapéutico puede estar influenciado por términos tales como comportamiento, relaciones y posibilidades de que el paciente psiquiátrico encuentre un lugar en la sociedad y en el mercado laboral de manera estable. Estas nociones surgen como una forma de contradiscurso a las prácticas deshabilitantes e improductivas aparejadas con los padecimientos crónicos en los hospitales psiquiátricos. Además, el HD plantea la relación entre terapia y readaptación, un binomio que agrupa las medidas orientadas a restituir la capacidad de funcionamiento del paciente psiquiátrico en la vida social extrahospitalaria.

El hecho de que el modelo de HD estuviera enfocado a pacientes funcionales o con menos signos de deterioro mental, físico y social, sugiere la idea de que sus principios estaban basados en la incorporación del paciente al ámbito laboral y social. La distinción entre enfermo-no enfermo no es la única característica fundamental del HD, sino también la de paciente socialmente rescatable y no rescatable. La readaptación del enfermo mental implica la idea de mejorar sus capacidades para volverse económicamente productivo.

Por otra parte, el HPFS, el terreno clínico donde realicé el trabajo de campo, se estableció a principios de la década de 1990 y asumió como objetivos de tratamiento la disminución de síntomas y la evitación de recaídas, la reinserción y readaptación social y la rehabilitación del paciente psiquiátrico, los cuales están fundamentados en una mezcla de prácticas psiquiátricas hospitalarias e intervenciones psicosociales reguladas por la normatividad del HPFBA (Estrada, 1997: 6). Su conformación estuvo precedida por diversos ensayos en los servicios de hospitalización y terapia ocupacional.

En 1979, el HPFBA puso en marcha un programa de HD como parte de los servicios de hospitalización y se caracterizaba por la educación de la familia del enfermo, la evitación del deterioro del paciente y la rehabilitación. En 1986, este mismo servicio incorporó actividades grupales, incluyendo a los familiares de los pacientes, tales como las asambleas, los convivios, los festejos, el programa de puertas abiertas, la psicoterapia de grupo, los grupos de orientación a familiares y las salidas de tipo cultural y recreativo.

En 1990 se estableció el servicio de HD, cuyo programa se fusionó con el de terapia ocupacional para los pacientes hospitalizados. El vínculo operativo entre la hospitalización y el HD estaba orientado a reducir la estancia de los pacientes y a fomentar, una vez dados de alta, su reintegración social. Debido a la reducción de presupuesto de los servicios del

hospital, el HD fue creado como una forma de optimizar los recursos disponibles para la hospitalización prolongada.

En 1990, el HPFS fue concebido como una extensión del servicio de HD, en las mismas instalaciones del HPFBA y con la ayuda esporádica de algunos médicos adscritos. De 1990 a 1994, el programa de este servicio carecía de una organización sólida, por lo que la atención se reducía a actividades recreativas orientadas a los pacientes hospitalizados, a los del HD y a sus familiares. Este programa se auxiliaba de un grupo de pasantes que acudían los fines de semana a prestar su servicio social y contaba con la colaboración provisional de un psiquiatra, quien brindaba consulta a los pacientes. Puesto que el programa de HPFS carecía de criterios de clasificación diagnóstica, acudían pacientes con retraso mental, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, depresión, entre otros.

Dado que varias de las actividades iniciales como biblioterapia y dinámicas grupales carecían de fundamentos teóricos y metodológicos sólidos y eran dirigidas por pasantes de psicología, los médicos responsables revisaron y establecieron objetivos tanto de atención al paciente como los del programa general. En 1992, el programa de HPFS se transformó en un servicio como parte de los servicios ambulatorios del HPFBA. Se constituyeron grupos orientados a pacientes y otros a los familiares, a quienes se les brindaba información sobre la enfermedad del paciente, su evolución y su tratamiento.

En 1993, con la finalidad de superar la perspectiva psiquiátrica organicista, apegada a la elaboración de diagnósticos descriptivos, y las experiencias anecdóticas y circunstanciales del personal adscrito y pasantes de psicología, los médicos responsables del programa de HPFS propusieron un modelo psicodinámico en el ámbito psicopatológico, terapéutico y rehabilitador. Puesto que uno de ellos estaba en formación como psicoterapeuta analítico grupal, él propuso y dirigió el estudio de la psicosis, el grupo y la familia a partir de una experiencia grupal donde participaran los profesionales de la salud de este servicio.

Esta experiencia grupal y fundante del HPFS estableció e integró un equipo clínico constituido por psiquiatras, residentes, psicólogos y pasantes de psicología. Puesto que el número de pacientes del HPFS aumentaba, los psiquiatras propusieron que la atención al paciente y a sus familiares fuera a corto plazo bajo el modelo de la psicoterapia breve

grupal. Bajo estas condiciones y con un equipo conformado, se establecieron nuevos parámetros para el programa de HPFS, cuyo objetivo principal fue brindar atención a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tipo paranoide, esto es, un subtipo del grupo de las esquizofrenias caracterizado por la afectación de las funciones mentales, emocionales y conductuales del paciente.

El DSM-IV-TR define los subtipos de esquizofrenia por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación (APA, 2000: 284). El pronóstico y las implicaciones terapéuticas de los subtipos son variables. El diagnóstico de un subtipo está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y, en consecuencia, puede cambiar con el tiempo. Se asigna el tipo paranoide en el caso de que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones auditivas frecuentes.

Las ideas delirantes relativas a la esquizofrenia tipo paranoide pueden ser de persecución, de grandeza o de otra temática como celos, religiosidad o somatización (APA, 2000: 292-293). Estas ideas pueden ser múltiples y estar organizadas alrededor de un tema coherente; es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir.

Las personas diagnosticadas con este trastorno pueden presentar un aire de superioridad y condescendencia, también grandilocuencia, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer a la persona al comportamiento suicida; la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia.

El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, los pacientes muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

La elección de este cuadro clínico como objetivo del HPFS respondió a la cuestión social de recuperar social y laboralmente a los pacientes funcionales y con menos signos de deterioro psíquico, cognitivo y social. Debido a que el pronóstico es más favorable que otros subtipos de esquizofrenia, como el tipo desorganizado y el catatónico, cabe pensar que la recuperación de la funcionalidad de los pacientes brindaría a los médicos del HPFS y al hospital la oportunidad de mostrar éxitos terapéuticos y resultados favorables a corto plazo, a la par de reconocimiento y estatus profesional.

Los objetivos específicos del HPFS fueron limitar el cuadro sintomatológico, fomentar la consciencia de enfermedad, promover la rehabilitación del paciente y trabajar con las familias para lograr su sensibilización, una toma de conciencia y un cambio de actitud hacia la enfermedad y los enfermos mentales. El programa de atención del HPFS se estructuró en tres ejes: el individual, el grupal y el familiar.

En el eje individual, las actividades se caracterizan por el enfoque psiquiátrico tradicional: las valoraciones, los ingresos, la consulta farmacológica y la asistencia terapéutica individual, la cual utiliza un enfoque psicodinámico que pretende una alianza terapéutica individual para rebasar la consulta psiquiátrica fría e impersonal comúnmente proporcionada a los pacientes. Este eje enfatiza la posibilidad de fomentar la consciencia de enfermedad, la adherencia terapéutica y la rehabilitación del paciente orientada a su reinserción social.

El programa de atención del HPFS gira en torno al modelo de psicoterapia breve grupal, donde se abordan los aspectos psicológicos relativos a la consciencia de enfermedad y a la naturaleza de la esquizofrenia. El eje grupal supone que el paciente puede obtener una experiencia resocializadora a partir de un trabajo grupal. Además de la psicoterapia de grupo, otro de los elementos constituyentes del eje grupal es el sociodrama para reforzar la cohesión de los grupos de pacientes. Mediante el juego dramático, se busca que el paciente identifique sus problemas y busque soluciones mediante la escenificación y la discusión.

Otro elemento del eje grupal consta de los talleres expresivos que consisten en talleres de música, literatura, teatro y dibujo, cuyos objetivos son lograr la cohesión grupal de los pacientes y fortalecer sus funciones psicológicas y motrices. Estos talleres son apoyados por el personal adscrito y por pasantes de psicología. Por último, se encuentran

los eventos sociales, es decir, actividades para promover la interacción social entre los pacientes, los familiares y los miembros del equipo clínico del HPFS.

El tercer eje de atención es el familiar. En 1995, el hospital carecía de recursos institucionales para el abordaje terapéutico familiar. El equipo del HPFS concibió el trabajo con familias como un ámbito primordial para brindar un manejo integral al paciente con esquizofrenia paranoide, razón por la cual diseñó un programa que consta de tres actividades: el grupo psicoeducativo, donde se brinda información sobre la enfermedad mental, el desarrollo psicológico y la familia; el grupo de reflexión, donde los familiares de los pacientes discuten sobre los problemas relativos a la esquizofrenia con el fin de modificar su actitud hacia el paciente y el taller de resolución de problemas con base en un enfoque conductual.

En 1997, un médico adscrito al hospital fue asignado como miembro del HPFS quien, formado como terapeuta familiar, propuso y diseñó un programa de terapia familiar breve bajo un enfoque sistémico. Este tipo de abordaje puede ser solicitado por el equipo del HPFS en caso de que consideren que la vida familiar desfavorece la readaptación del paciente y promueve sus recaídas o a petición expresa de la familia cuando los miembros desean resolver problemas en su relaciones y, en particular, aquellos relativos a la convivencia cotidiana con el paciente.

En 2005, el equipo de profesionales de la salud del HPFS se desarticuló debido a las pugnas internas derivadas de un trabajo constante de alrededor de quince años, a las diferencias y confrontaciones directas en el ámbito operativo, donde se cuestionaban las intervenciones de los psicólogos reducidas a la psicometría sin interesarse por las cuestiones grupales en relación con la evolución del paciente y el uso del poder de algunos psiquiatras para subordinar al personal paramédico a sus decisiones, y a la instauración de un ambiente erotizado entre algunos de los miembros.

Incapaces de enfrentar y solucionar estos problemas, algunos miembros del equipo acudieron al sindicato y a las autoridades del HPFBA para que intermediaran en sus conflictos, lo cual provocó la remoción del jefe del servicio, un médico quien había estado al frente del HPFS desde 1990, y el cambio de adscripción de una parte del personal

médico y paramédico a otros servicios. A pesar de la desarticulación del personal operativo, el programa ha continuado con su oferta de tratamiento.

En la actualidad, el HPFS cuenta con cuatro médicos psiquiatras; dos de ellos poseen formación en psicoterapia analítica de grupo, uno con formación en psicoterapia médica y subespecialidad en psicogeriatría y el último cuenta con formación en terapia familiar bajo enfoque sistémico, psicodrama y en educación de educadores de adultos. El personal paramédico consta de dos psicólogos, incluido el jefe actual del HPFS, quien posee formación en terapia cognitivo conductual; una psicóloga; dos trabajadoras sociales psiquiátricas y dos enfermeras psiquiátricas. Por último, el personal de apoyo administrativo consta de dos secretarías.

3. 1. 2 La entrevista a profundidad

El primer dispositivo de intervención que utilicé fue la entrevista a profundidad, la cual la conceptué como un recurso de producción de sentido en el que se establece un contexto de negociación de significados entre el interlocutor y el investigador (Fontana y Frey, 2005: 695). El propósito de las entrevistas fue explorar temas relacionados a la familia del paciente con esquizofrenia tipo paranoide pero, debido a que la entrevista es un campo en la cual yo no mantuve neutralidad y se entrecruzaron formas de enunciación para la producción de subjetividad, también abordé temas relativos al modo en que se concibe al paciente y los problemas operativos en el HPFS.

Las entrevistas las realicé con dos trabajadoras sociales y con dos psiquiatras, a quienes consideré como interlocutores clave porque las funciones de las primeras se caracterizan por ser un primer contacto con los familiares de los pacientes, elaborar el estudio socioeconómico y psicosocial y apoyar el trabajo con familias en el servicio y, los segundos, estuvieron a cargo de la jefatura del HPFS en sus inicios y orientaron el desarrollo del programa de atención a pacientes con esquizofrenia paranoide.

Las trabajadoras sociales forman parte del personal paramédico del hospital, esto es, son personal de apoyo y subordinadas al trabajo clínico de los psiquiatras. Es común que ellas sean las primeras en escuchar la palabra de los familiares relativos a sus conflictos y suelen funcionar como catalizadores de las emociones expresadas por los familiares. Sus

funciones no médicas les permiten ciertos grados de libertad para escucharlos y parte de las historias que escuchan son incorporadas al expediente del paciente.

Las dos trabajadoras sociales entrevistadas han laborado en el HPFS por más de quince años y han trabajado en otros servicios del mismo hospital como urgencias, consulta externa y hospitalización continua, en los cuales han tenido experiencias diversas al entrevistar a familiares de los pacientes, quienes llegan con inquietudes, incertidumbre y preocupación por lo que le sucede al paciente hospitalizado. Ante el estado emocional de los familiares, ellas suelen brindarles una escucha atenta y proporcionarles información con el fin de esclarecer sus dudas y disminuir su estado de incertidumbre.

Las dos trabajadoras sociales poseen el grado académico de bachillerato tecnológico en trabajo social con especialización en trabajo social psiquiátrico. Su formación académica y su trabajo en el hospital ha sido enriquecida, por una parte, por su asistencia a cursos, talleres y diplomados del programa de capacitación del hospital y, por otra, por las experiencias obtenidas de las intervenciones con los familiares de los pacientes.

Los dos psiquiatras entrevistados fueron miembros del equipo fundante y jefes del HPFS en el HPFBA. Esta posición jerárquica en el hospital les brindó el poder para encauzar, aprobar, descartar y apoyar las actividades realizadas antes y después de la instauración del programa de HPFS. Además, fueron formados como especialistas en psiquiatría en el mismo hospital, por lo cual, adquirieron un tipo de conocimiento sobre el funcionamiento tanto operativo como administrativo de la institución.

Los logros más relevantes de los dos psiquiatras son la puesta en marcha del HPFS como un programa innovador de los servicios ambulatorios del hospital, la conformación de un equipo para la hospitalización parcial, la formación de residentes y pasantes de psicología y el prestigio obtenido en relación a otros médicos que se mantuvieron en los servicios de hospitalización continua y urgencias. En la actualidad, su trabajo operativo está acotado a funciones periféricas, de poca relevancia y prestigio institucional y brindan cursos de capacitación sobre psicopatología, arte, trabajo grupal y diagnóstico.

Después del conflicto del HPFS en 2005, uno de ellos fue transferido a un centro comunitario de salud mental y el otro fue ubicado en los servicios de urgencias del HPFBA. En 2008, ambos propusieron a las autoridades del hospital un proyecto de psiquiatría

comunitaria con el fin de prevenir enfermedades mentales en una colonia de la delegación Tlalpan. El proyecto fue aprobado y conformaron un equipo de trabajo. Debido a que sus resultados fueron irrelevantes, las autoridades cancelaron este programa en 2010.

3. 1. 3 El grupo focal

El segundo dispositivo utilizado fue el grupo focal, una modalidad de entrevista grupal y un recurso de la investigación cualitativa. Este dispositivo consistió en una conversación en torno a la familia del paciente con esquizofrenia paranoide, un tema conocido y tratado en común por familiares de los pacientes, con el fin de indagar en las representaciones construidas grupalmente. Aunque el eje central de indagación es el lenguaje verbal y corporal, sólo analicé el primero. En particular, orienté el grupo focal con base en una perspectiva pedagógica, política e investigativa (Kamberelis y Dimitriadis, 2005: 889).

El grupo focal como práctica pedagógica se refiere a la construcción de un contexto de discusión, reflexión y diálogo para pensar sobre el tema familia. En este sentido, fungí como coordinador del dispositivo tratando de utilizar técnicas didácticas para la generación de discusión y reflexión grupal. El grupo focal como práctica pedagógica se fundamenta en la construcción de espacios de reflexión con la gente que vive en situaciones límite, esto es, cuando la gente no puede imaginar más allá de sus circunstancias de opresión, quienes representan y construyen su vida cotidiana como una fatalidad llena de sufrimiento, desilusión y exclusión.

Como práctica política, en el grupo focal me presenté como un profesional de la salud e investigador social con dos propósitos: primero, propiciar que el grupo discutiera y reflexionara acerca de las experiencias cotidianas de la familia; segundo, utilizar el contenido de esas discusiones en forma de constructo teórico situado en el grupo como posibilidad de reflexionar a la familia desde las diversas perspectivas de los participantes. En este sentido, los grupos focales pueden constituirse como espacios generativos de testimonios colectivos para ayudar a las personas a producir sus propias voces.

Por último, el grupo focal como práctica de investigación supone un compromiso con el dispositivo de intervención, el uso estratégico de técnicas para el trabajo grupal, la

búsqueda de literatura especializada sobre el tema en cuestión, la generación de relaciones de diálogo en el campo, la producción de textos polifónicos del grupo y la conducción de una intervención atenta a los discursos y a las prácticas grupales acerca de la familia.

El uso del grupo focal me alejó de la entrevista psicológica y me orientó a presuponer la interacción en grupo como una unidad de fuerzas constitutivas en la producción de sentido sobre la familia. Pensé al grupo focal como una posibilidad de limitar mi autoridad de investigador y, de esta manera, permitir a los participantes guiar el curso de la entrevista. Supuse que este tipo de dispositivo me facilitaría la exploración de la memoria colectiva e intercambiar conocimiento sobre la familia del paciente con esquizofrenia paranoide, que bajo otras circunstancias, podía resultar trivial para los interlocutores, pero que podía llegar a ser crucial en el ámbito del dispositivo.

La primera fase del trabajo de campo la realicé con un grupo de trabajadores del turno especial del HPFBA, quienes laboran sábados y domingos y días festivos. Los participantes fueron reclutados por la jefatura de capacitación del hospital. Acudí a las autoridades correspondientes de esta instancia administrativa, quienes aprobaron la realización de esta intervención en la modalidad de curso-taller, de manera que asistiera el personal interdisciplinario del hospital. El curso-taller fue denominado *El significado de la familia*, con un total de ocho reuniones sabatinas de dos horas de duración cada una, programadas del 24 de octubre al 12 de diciembre de 2009. El grupo se constituyó por 13 mujeres y dos varones: una enfermera, dos trabajadoras sociales, una psicóloga, seis afanadoras y cinco asistentes administrativos.

Por una parte, cabe resaltar la interpelación institucional en la realización de esta intervención. Al buscar la forma de reclutar a los participantes, la institución, representada por las autoridades de la jefatura de capacitación, derivó el dispositivo de investigación hacia un grupo de trabajadores quienes tienen pocas posibilidades de asistir a cursos de actualización entre semana; por otra, la mayoría de los cursos, seminarios y diplomados están dirigidos al personal médico y paramédico del hospital, por lo que la modalidad y el tema de curso-taller fue mostrado como una alternativa para *el turno olvidado*, término utilizado por los trabajadores. Esta primera intervención resultó infructuosa para mis propósitos investigativos y, en consecuencia, la excluí de este trabajo de tesis.

El fracaso de esta intervención radica en el hecho de que mis preguntas de investigación eran muy ambiguas y ajenas al tema de la esquizofrenia. En mi ingenuidad, me interesaba abordar el tema familia pero sin una reflexión conceptual en un ámbito específico. Se trató de un problema de método que implicó replantear el problema de investigación, seleccionar un terreno adonde realizar mi trabajo de campo y tramitar una autorización para realizar el trabajo de campo en el HPFS. Esto significó un año más de trabajo y la postergación del borrador de tesis ante el programa de la maestría.

Para realizar la intervención con los familiares de los pacientes y profesionales de la salud del HPFS, dirigí al Jefe del Comité de Ética e Investigación Clínica del HPFBA, quien, a su vez, es el Director del hospital, una solicitud por escrito y el protocolo de investigación donde exponía mis propósitos de realizar una intervención psicosocial en este hospital y la autorización para llevarla a cabo. Los miembros del Comité evaluaron el contenido y, posteriormente, me solicitaron una presentación pública para explicitar los procedimientos que requería realizar. Un mes después de esta presentación recibí por escrito la autorización para realizar mi trabajo de campo en el HPFS.

Para llevar a cabo el grupo focal con familiares de los pacientes con esquizofrenia paranoide, primero me presenté ante ellos en el marco de dos actividades del servicio: el grupo psicoeducativo y el taller de resolución de problemas, en los cuales participé como miembro del equipo de trabajo con familias durante un mes aproximadamente. Este acercamiento e incorporación al equipo me permitió negociar con el psiquiatra responsable la fecha en la que yo podría implementar mi dispositivo sin interrumpir las actividades ya planeadas para ambos grupos. Mi intervención específica la realicé el 14 de marzo de 2010 ya que ese día él estaría de vacaciones y, por consiguiente, tendría el espacio para intervenir. Una semana antes de mi intervención, solicité a los dos grupos audiogravar las sesiones que yo coordinaría, a lo cual ellos asintieron.

El día de mi intervención, al grupo del taller de resolución de problemas asistieron cuatro familiares y al grupo psicoeducativo acudieron veinte, de los cuales la mayoría son padres de familia y algunos hermanos de los pacientes, principalmente mujeres. En ambos grupos, indiqué el siguiente formato de trabajo: 20 minutos de discusión subgrupal para reflexionar a partir de las siguientes preguntas: 1) ¿qué significa para cada uno de ustedes

su propia familia? y 2) ¿qué importancia tiene hablar sobre el tema familia en este espacio llamado *grupo psicoeducativo / taller de resolución de problemas*? Dispuse de 60 minutos de discusión grupal para exponer lo discutido en cada uno de los subgrupos y profundizar sobre ello y diez minutos para cerrar el trabajo realizado.

Al participar como miembro del equipo de trabajo con familias, asumí ambiguamente mi tarea como investigador y, en contraste, al tratar de asumir la función del coordinador del grupo, me acoté a ser una especie de catalizador de las ansiedades suscitadas en los familiares y en mi persona; por ende, la enunciación de mis preguntas obturaron la subjetividad grupal. En términos de método, esta parte del dispositivo fue un fracaso, pero este desencuentro forma parte del contexto de la representación como sistema contextualizado y de las condiciones de producción de discurso.

El uso y abuso de mi palabra está ligado tanto al error de método como a los efectos de contexto porque los elementos de una representación pueden ser activados en un contexto discursivo y en un campo social y tener contradicciones. Tomar en cuenta estos efectos puede permitir descubrir el principio organizador de la representación por la imposición de un contexto particular: la esquizofrenia es un trastorno mental que sólo puede abordarse desde el enfoque biomédico, no psicosocial. Aclararé este aspecto al final del siguiente apartado porque se relaciona con la estructura de la representación sobre la familia del paciente con esquizofrenia tipo paranoide.

3.2 La teoría de las representaciones sociales

En la investigación en ciencias sociales, un problema a resolver es la articulación de los fenómenos macrosociales con los microsociales. La teoría de las representaciones sociales brinda soluciones al problema de las dicotomías entre lo colectivo y lo individual y su desarrollo ha seguido dos vertientes: una mirada societal, centrada en los aspectos procesuales de la representación y otro en lo estructural. En esta investigación me incliné por la última porque permite explorar y brindar un constructo estructural de la representación social de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide.

3. 2. 1 Los fundamentos

Serge Moscovici acuñó por primera vez el concepto de representación social en su tesis doctoral *La psychanalyse, son image et son public*. Aunque el psicoanálisis era el principio organizador de esta obra, su contenido no se dirigía a la comprensión de esta teoría, sino al entendimiento de la naturaleza del pensamiento social (Moscovici, [1961] 1979: 13; Araya, 2002: 12-13; Duveen y Lloyd, 2008: 29-30).

Esta obra muestra el modo en el que las personas construyen y son construidas por la realidad social y propone una teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común como producción social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad. Las influencias de esta teoría son las representaciones colectivas, las funciones mentales en sociedades primitivas, la representación del mundo en los niños, la psicología de las masas, el sentido común y la construcción social del conocimiento.

El concepto de representaciones colectivas designa el fenómeno social desde el cual se construyen las diversas representaciones individuales (Durkheim, [1912] 1968: 444; Araya, 2002: 21; Moscovici, [1961] 1979: 16-17). Las representaciones colectivas son variables y efímeras, producciones mentales sociales y una forma de ideación colectiva que las dota de fijación y objetividad, en consecuencia, se imponen a las personas con una fuerza constrictiva cuando ellas les atribuyen la misma objetividad que las cosas naturales. En cambio, las representaciones individuales son universales, impersonales y estables y corresponden a entidades tales como mitos, religiones y arte; al ser versiones personales de la objetividad colectiva, están sujetas a todas las influencias externas e internas que afectan al individuo.

El concepto de representaciones colectivas implica la idea de que la sociedad es algo que se impone desde fuera al individuo, esto es, los fenómenos sociales delimitan las representaciones como una fuerza externa influyente sobre los individuos que la constituyen. La sustitución de lo colectivo por lo social indica que las representaciones sociales son fenómenos ligados a una manera especial de adquirir y comunicar conocimientos y a una forma de crear la realidad y el sentido común. Por ende, desde esta primera aproximación al concepto, la sociedad, los individuos y las representaciones son consideradas como construcciones sociales.

La sustitución de las representaciones colectivas por las sociales se debe, por una parte, a la falta de tomar en cuenta una diversidad de origen tanto en los individuos como en los grupos y, por otro, a la necesidad de desplazar el énfasis hacia la comunicación donde convergen sentimientos e individuos, de manera que algo individual pueda devenir social o viceversa. Al reconocer que las representaciones son al mismo tiempo generadas y adquiridas, se elimina ese lado preestablecido y estático de lo colectivo. Lo que permite calificar de sociales a las representaciones es el hecho de que sean elaboradas en el curso del proceso de intercambios e interacciones.

Otro fundamento de la teoría de las representaciones sociales es el estudio de las funciones mentales en sociedades primitivas, en particular, la focalización del conjunto de creencias e ideas poseedoras de una coherencia propia (Araya, 2002: 22; Moscovici, [1961] 1979: 176; 2008: 97). Esta perspectiva abandona la oposición entre lo individual y lo colectivo y enfatiza la oposición de mecanismos psicológicos y lógicos en dos tipos de sociedades: la primitiva, la cuales se orientan a lo sobrenatural, y la civilizada, la cual está fundada en siglos de ejercicios rigurosos y reflexión. Esta distinción permitió sustentar la importancia de las estructuras intelectuales y afectivas de las representaciones y estudiar su dinámica más que su carácter colectivo.

Otro cimiento de la teoría de las representaciones sociales es la representación del mundo en los niños, la especificidad de las representaciones en términos psíquicos y la importancia del lenguaje en los procesos de construcción de la inteligencia (Piaget, [1959] 2006: 334-335; Araya, 2002: 23; Moscovici, 2008: 102). El estudio de la construcción de la representación se caracteriza por su desarrollo individual-social y no desde su desarrollo social-grupal, razón por la cual, sus contribuciones teóricas son insuficientes como criterios para analizar las situaciones sociales globales.

La psicología de las masas también influyó en la teoría de las representaciones sociales debido al análisis del ser humano como ser social y al considerar al psicoanálisis como objeto de conocimiento y como teoría generadora de explicaciones diversas sobre el sujeto y su mundo social (Freud, [1921] 2006: 67; Moscovici, [1961] 1979: 12). De hecho, las aportaciones del psicoanálisis son evidentes en la integración del concepto de representación social, es decir, cuando se adjetiva la representación como social, lo cual

remite a un elemento básico de la teoría: toda representación social contribuye al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales.

La psicología del sentido común propone descubrir el modo en el que los seres humanos perciben y explican su comportamiento y el de los demás en situaciones de la vida cotidiana (Araya, 2002: 25; Moscovici, [1961] 1979: 185). Desde este enfoque, el conocimiento ordinario es importante debido a su papel fundamental para comprender y explicar las conductas. La tesis fundamental de esta perspectiva es que las personas tratan de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio y, de esta manera, construyen una sociología ingenua, muy parecida a lo que es una ciencia. La teoría de las representaciones sociales retomó la idea de que el valor de un pensamiento social está fundado en la vida cotidiana de los sujetos sociales.

La última influencia teórica de las representaciones sociales radica en la propuesta sobre la construcción social de conocimiento, cuyo supuesto básico es que la realidad se construye en la vida cotidiana (Berger y Luckmann, [1967] 2008: 40-41; Araya, 2002: 25-26; Moscovici, [1961] 1979: 68). Esta perspectiva enfatiza la tendencia fenomenológica de las personas al considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Dicho de otro modo, las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada e independiente de su propia interpretación, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone. El mundo de la vida cotidiana es aquel que se da por establecido como realidad. El sentido común que lo constituye se presenta como realidad por excelencia, logrando de esa manera imponerse sobre la conciencia de las personas pues se les presenta como una realidad ordenada y objetivada.

La construcción social de conocimiento ofrece tres elementos fundamentales a la teoría de las representaciones sociales: el carácter generativo y constructivo que tiene el conocimiento en la vida cotidiana, es decir, nuestro conocimiento es producido de forma immanente en relación a los objetos sociales que conocemos; la naturaleza de esa generación y construcción social acontece en la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones y, por último, la importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea la realidad y como marco en el que la realidad adquiere sentido. Las aproximaciones al conocimiento cotidiano,

considerando el carácter productor más que reproductor de los significados de la vida social, son elementos principales de la teoría de las representaciones sociales.

3. 2. 2 El concepto

La dificultad de definir conceptualmente las representaciones sociales radica en la complejidad de los fenómenos de los que pretende dar cuenta. Para evidenciar y aclarar la complejidad del concepto, presentaré algunas de sus definiciones, su alcance en lo social, su formación, sus funciones, sus condiciones de emergencia y sus dimensiones.

Una primera definición consiste en que las representaciones sociales son una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (Moscovici, [1961] 1979: 17-18). La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios y liberan los poderes de su imaginación.

Otra definición indica que las representaciones sociales designan al saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de ciertos procesos generativos y funcionales de carácter social y, en consecuencia, aluden a una forma de pensamiento social (Jodelet, [1984] 2002: 473). En otras palabras, las representaciones sociales son la manera en la que los sujetos sociales aprehenden los conocimientos de la vida diaria, las características de su medio ambiente y a las personas de su entorno próximo o lejano; se trata de un conocimiento espontáneo e ingenuo por oposición al pensamiento científico; este conocimiento se constituye mediante experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos por la tradición, la educación y la comunicación social y, por ende, es un conocimiento socialmente compartido.

Otra perspectiva refiere que las representaciones sociales son sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios y representan teorías o ramas del conocimiento orientados al descubrimiento y a la organización de la realidad (Farr, [1984] 2002: 496). Las representaciones sociales aparecen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando existe el eco de los acontecimientos seleccionados como

significativos por quienes tienen el control de los medios de comunicación. Además, las representaciones sociales tienen una doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible, ya que lo insólito y lo desconocido son amenazantes cuando no se tiene una categoría para clasificarlos.

Otra definición más indica que las representaciones sociales resultan significativas porque incluyen la noción de construcción social de la realidad (Ibáñez, 1988: 37). Las representaciones sociales son, por una parte, pensamientos constituidos, es decir, se transforman en productos intervinientes en la vida social como estructuras preformadas, a partir de las cuales se interpreta la realidad y esos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción, mediante las cuales informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado y, por otra parte, son pensamientos constituyentes, esto es, reflejan la realidad e intervienen en su elaboración, razón por la cual, constituyen, en parte, el objeto que representan.

Las representaciones sociales son un proceso de construcción de la realidad, entendidas en un doble sentido: en primer lugar, ellas forman parte de la realidad social porque contribuyen a configurarla y, como parte sustancial de la realidad, producen en ella una serie de efectos específicos y, en segundo lugar, ellas contribuyen a construir el objeto del cual son una representación. Las definiciones citadas enfatizan y guardan en común su referencia a las funciones que cumplen las representaciones sociales, esto es, su importancia en la comunicación, la interacción y la cohesión de los grupos sociales.

En resumen, las representaciones sociales son filosofías surgidas en el pensamiento social y tienen vida propia; las personas, al inscribirse a un entorno simbólico, lo dan por supuesto de modo similar a como lo hacen con su ámbito natural y físico; su esfera social y simbólica existe para ellas como su realidad ontológica o como algo que sólo se cuestiona bajo circunstancias específicas. Las personas también tienen modos delimitados de comprender, comunicar y actuar sobre su realidad ontológica: una vez que ellas comprometen su pensamiento, ya no reproducen su entorno social simbólico de manera habitual y automática, sino que lo incorporan a su esquema cognitivo. En suma, las personas reproducen sus realidades ontológicas y, a la vez, se comprometen en procesos epistemológicos y, en consecuencia, cambian su realidad ontológica al actuar sobre ésta.

Por otra parte, para calificar de social a una representación es necesario enfatizar la función más que el agente que la produce (Moscovici, [1961] 1979: 51-52). Lo social de una representación proviene de su contribución al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales. Las representaciones son sociales en la medida en que facilitan la producción de ciertos procesos sociales como la comunicación, la cual se desenvuelve en el contexto de una serie de representaciones compartidas. En la medida en que crean una visión compartida de la realidad y un marco referencial común, las representaciones sociales posibilitan, entre otros procesos, las conversaciones cotidianas, donde las personas, provistas de esquemas interpretativos socialmente adquiridos, construyen y negocian el sentido de la interacción.

Lo social en las representaciones no se polariza ni hacia lo micro ni hacia lo macro porque existe una determinación social central o macrosocial de las representaciones, la cual se refiere a la cultura global de la sociedad en la que se insertan los grupos y los actores sociales, y otra social lateral o microsocia, la cual se refiere al grupo en particular en el cual se insertan las personas (Moscovici, [1961], 1979: 53). De acuerdo con estas dos formas de pensar lo social, las personas se constituyen y constituyen sus representaciones sociales y, a la vez, también construyen un mundo social y su propia realidad e identidad sociales.

El papel que desempeñan las representaciones en la configuración de los grupos sociales y en la conformación de su identidad las instituyen como sociales. Las representaciones son sociales por sus condiciones de producción en las cuales emergen, como medios de comunicación e interacción cara a cara; por sus condiciones de circulación, como el intercambio de saberes y ubicación de personas en grupos y contextos sociales particulares en una estructura social y, finalmente, por sus funciones sociales, esto es, la construcción de la realidad en el intercambio social, el desarrollo de una identidad personal y social, la búsqueda de sentidos y la construcción del conocimiento del sentido común. Las representaciones sociales se forman a partir de una serie de materiales de diversas procedencias: el fondo cultural, los mecanismos de anclaje y objetivación y el conjunto de prácticas sociales.

El fondo cultural disponible en la sociedad se constituye a lo largo de su historia y comprende las creencias ampliamente compartidas, los valores considerados como básicos y las referencias históricas y culturales formadoras de la memoria colectiva y la identidad de la sociedad. Las fuentes de determinación de las representaciones sociales se ubican en el conjunto de condiciones económicas, sociales e históricas que caracterizan a una sociedad dada y en el sistema de creencias y de valores que circulan en su ámbito.

Los mecanismos de objetivación constituyen el modo en el que inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales y la manera en la que intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones (Jodelet, [1984] 2002: 481; Moscovici, [1961] 1979: 75). En este sentido, la incorporación de las representaciones en la dinámica social convierte al objeto en instrumento útil de comunicación y comprensión. El proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas, por medio del cual lo visible se convierte en perceptible.

Los mecanismos de anclaje son la forma en la que los saberes acerca de determinados objetos entran a formar parte de sus representaciones (Jodelet, [1984] 2002: 486; (Moscovici, [1961] 1979: 121). Estos mecanismos permiten incorporar lo extraño en una red de categorías y significaciones por medio de la inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente. En conjunto y por su función integradora, el anclaje y la objetivación sirven para interpretar, guiar y justificar los comportamientos.

Y, por último, la tercera serie de materiales procedentes de las representaciones sociales es el conjunto de prácticas sociales relacionado con las diversas modalidades de la comunicación social, como los medios de comunicación de masas, la comunicación interpersonal y, en particular, las conversaciones cotidianas porque en éstas se origina principalmente la construcción de las representaciones sociales y desempeñan un papel fundamental en la conformación de la realidad que tienen las personas sometidas a su influencia.

Las funciones de las representaciones sociales constan de la comprensión, la cual es una función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones; la valoración, que permite

calificar o enjuiciar hechos; la comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales y la actuación, la cual está condicionada por las representaciones sociales. Los intercambios verbales de la vida cotidiana exigen tanto la utilización de un mismo código lingüístico como el compartir un mismo trasfondo de representaciones sociales, aunque sea para expresar posturas contrapuestas. A partir de las representaciones sociales, las personas producen los significados requeridos para comprender, evaluar, comunicar y actuar en el mundo social.

Las representaciones sociales emergen determinadas por las condiciones en las que son pensadas y constituidas y tienen por común denominador surgir en momentos de crisis y conflictos (Moscovici, [1961] 1979: 178-179). Se pueden referir tres condiciones de emergencia: la dispersión de la información, la cual refiere la insuficiencia informativa de las personas acerca de un objeto social relevante; la focalización del sujeto individual o colectivo, que indica la implicación de un grupo o una persona en la interacción social como hecho movilizador de juicios y opiniones y, por último, la presión social, la cual apela a la demanda de opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos focalizados por el interés público. Estas condiciones constituyen la base del proceso de formación de una representación social y posibilitan la génesis del esquema de la representación.

Por último, las representaciones sociales como forma de conocimiento aluden a un proceso o a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos y a un contenido o forma particular de conocimiento que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres ámbitos: la actitud, la información y el campo de la representación (Moscovici, [1961] 1979: 45-48).

La actitud consiste en una estructura particular de orientación de la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción; su orientación global, positiva o negativa, expresa el modo afectivo de la representación por ser la reacción emocional acerca del objeto; es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros no lo estén, como cuando una persona reacciona emocionalmente sin tener mayor información sobre un hecho particular. El concepto de actitud tiene tres componentes: el afectivo, el cognoscitivo y el de tendencia comportamental.

La información concierne a la organización de los conocimientos de una persona o grupo sobre un objeto; se puede distinguir la cantidad de información que posee y su calidad, en especial, su carácter más o menos estereotipado o prejuiciado, el cual revela la presencia de la actitud en la información. Este ámbito conduce a la riqueza de explicaciones que las personas forman en sus relaciones cotidianas. Las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales mediatizan la cantidad y la precisión de la información disponible. La información surgida de un contacto directo con el objeto, y de las prácticas que una persona desarrolla en relación con éste, tiene propiedades diferentes a las de la información recopilada por medio de la comunicación social.

Por último, el campo de la representación se refiere a la ordenación y la jerarquización de los elementos constitutivos del contenido de la representación social; se trata del tipo de organización interna adoptado por esos elementos cuando son integrados en la representación y constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias y valores presentes en una representación social. Este campo se organiza en torno al esquema o núcleo figurativo que es construido en el proceso de objetivación, constituye la parte más sólida y estable de la representación y ejerce una función organizadora para su conjunto porque confiere su significado a todos los demás elementos presentes en el campo de la representación.

La teoría del esquema figurativo tiene importantes implicaciones para el cambio social. Las actuaciones tendientes a modificar la representación social no tendrán éxito si no se dirigen a la modificación del esquema porque de éste depende el significado global de la representación. Conocer o establecer una representación social implica delimitar la información, el campo de la representación y el modo de actuar porque estos tres ámbitos son relativos al análisis del contenido del material empírico.

3. 2. 3 La teoría del núcleo central

Distinguiré dos líneas de investigación principales de las representaciones sociales: la escuela procesual y la escuela estructural (Araya, 2002: 47-48). En esta investigación retomé las aportaciones de la segunda escuela debido a que me permitió construir una estructura contextualizada de la representación social. En cambio, el enfoque procesual no

lo pude llevar a cabo debido a la calidad del registro obtenido por las entrevistas realizadas, en particular, del derivado del grupo focal con familiares de los pacientes.

El énfasis de la escuela procesual, muy cercana a la propuesta original de las representaciones sociales, está enfocado a los fenómenos constituyentes de las representaciones. Para acceder al contenido de una representación, el procedimiento utilizado es la recopilación del material discursivo suscitado en conversaciones espontáneas, por entrevistas o cuestionarios e, incluso, discursos de obras literarias, soportes periodísticos y grabaciones de radio. Independientemente de su modo de producción, el material puede ser analizado mediante técnicas de análisis de contenido, el cual proporciona una serie de indicadores que permiten construir el contenido de la representación social.

En el enfoque procesual los efectos de los dispositivos de intervención son considerados elementos constituyentes del proceso de interacción social y de la definición de la situación de la investigación, un foco de análisis en unidades microsociales más que sobre sociedades o instituciones, una visión de la sociedad como proceso y ámbito simbólico, una concepción de los seres humanos como actores sociales autónomos y creativos, el supuesto de que lo que es real y que amerita ser estudiado es lo que los miembros de una sociedad definen como tal ya que sobre eso ellos actúan. El énfasis está en el proceso social y en el contenido de las representaciones sociales más que en los constructos teóricos.

Los presupuestos epistemológicos, esto es, los modelos de conocimiento de la realidad o las vías de acceso al conocimiento, y los ontológicos, es decir, los relativos a la naturaleza de la realidad social o a la naturaleza del objeto de estudio, radican en: el acceso al conocimiento de las representaciones sociales por medio de un abordaje hermenéutico, donde el ser humano es considerado un productor de sentidos; el análisis de las producciones simbólicas, de los significados y del lenguaje por medio de los cuales los seres humanos construyen su realidad social; los métodos cualitativos y la combinación de múltiples técnicas, teorías e investigaciones para profundizar en el objeto de estudio. La naturaleza del objeto de estudio que se intenta aprehender por esta vía alude a un conocimiento del sentido común versátil, diverso y cambiante.

Un ejemplo del enfoque procesual es la exploración de la naturaleza de las representaciones sociales en funcionamiento cuando los pacientes psiquiátricos viven en contacto con una comunidad (Jodelet, [1989] 1991: 73-75). La cercanía y el hábito que caracterizaba el encuentro entre enfermos mentales y habitantes de una comunidad francesa provocaba una dinámica que distinguía socialmente a los pacientes del resto de la comunidad y, en consecuencia, se establecía una clasificación entre los locos y los no locos.

Debido a la proximidad con la otredad radical de la locura, la comunidad se defendía a sí misma al construir, en los rituales simbólicos de la vida cotidiana, un conocimiento que la reafirmaba como una comunidad sana y, al mismo tiempo, ayudaba a crear un sentido sobre la condición del otro, el loco, quien vivía en su medio. Para evitar el riesgo de la indiferenciación, la angustia y el miedo a la fusión, la comunidad yuxtaponía prácticas de demarcación territorial, caracterizadas por la separación de los cuerpos y de la identidad, una forma de delimitación similar a las barreras materiales de las paredes del asilo.

El intento por establecer un diálogo con la locura para liberar la palabra del paciente psiquiátrico era uno de los fundamentos para realizar esta investigación. Este encuentro muestra que los potenciales dialógicos y no dialógicos luchan uno contra otro cuando diferentes conocimientos se encuentran en las esferas públicas. Puesto que la dominación ha sido preponderante en relación con la locura, los intentos para reconocerla y escucharla revelan que es necesario reencuadrar los contextos intersubjetivos en los cuales se desarrollan las representaciones y las prácticas orientados a los excluidos.

El establecimiento de un diálogo con la diferencia y el reencuadre del encuentro intersubjetivo son caminos posibles para cambiar las representaciones de exclusión. Para este fin, la función anticipadora de las representaciones es esencial porque puede romper la resistencia y fomentar prácticas orientadas al cambio en la rigidez de esta historia de segregación.

Este ejemplo de enfoque procesual, se distingue por ser una aproximación cualitativa, hermenéutica y centrada en la diversidad y en los aspectos significantes de la actividad representativa, por adoptar referentes teóricos procedentes de la filosofía, la lingüística y la sociología, por un interés centrado en el objeto de estudio y en relación a sus

vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas y por una definición del objeto como instituyente más que instituido.

En cambio, en el enfoque estructural, el estudio de una representación social y la comprensión de su funcionamiento necesitan la identificación de su contenido y la de su estructura. Los elementos constitutivos de una representación son jerarquizados, asignados por una elección reflexionada y mantienen entre éstos relaciones determinantes de la significación y del lugar que ocupan en el sistema representacional. Las investigaciones que adoptan el enfoque estructural parten del supuesto de que toda representación tiene una estructura específica que le es propia, cuya característica principal es su organización alrededor de un núcleo central, el cual determina su estructura y significación.

Lo que distingue al enfoque estructural es la teoría del núcleo central, esto es, el elemento o conjunto de elementos que dan a la representación su coherencia y su significación global a partir de dos funciones: la generadora, la cual da sentido a la significación de los demás elementos de la representación, y la organizadora, que ordena los elementos (Abric, [1994] 2004: 20-22). Además, consta de una dimensión normativa, es decir, la expresión de ámbitos socioafectivos e ideológicos, la cual incluye normas, estereotipos y actitudes, y de una dimensión funcional, donde se encuentran las situaciones de una afinidad operativa o aquellas que se refieren al funcionamiento del objeto.

El núcleo central es el elemento más resistente al cambio porque una modificación del núcleo produce la transformación completa de la representación. El núcleo central está estrechamente vinculado a las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas del grupo o del individuo y aparece asociado a los valores y a las normas, mediante los cuales proporciona las bases de la homogeneidad del grupo, al que aporta estabilidad y coherencia en sus representaciones. El núcleo difícilmente se transforma porque es menos dependiente del contexto cercano inmediato y está protegido por los elementos periféricos, los cuales permiten la adaptación de la representación a las evoluciones de su contexto.

Los elementos periféricos están en relación directa con el núcleo, el cual determina su presencia, estatuto, valor y función (Abric, [1994] 2004: 23-24). Estos elementos están jerarquizados, pueden estar muy cerca de los elementos centrales e influyen en la concreción del significado de la representación. Los elementos periféricos están más

asociados a los efectos del contexto inmediato, lo cual asegura una cierta protección al núcleo central y, por su adaptabilidad, permite modulaciones personales que generan representaciones sociales individualizadas. Además, estos elementos cumplen con las funciones de concreción, regulación y defensa.

Las funciones de concreción, directamente dependientes del contexto, resultan del anclaje de la representación en la realidad, permiten su investidura en términos delimitados, comprensibles y transmisibles e integran los elementos de la situación en la que la representación se produce porque refieren al presente y a lo vivido por las personas.

La función de regulación apela a que los elementos periféricos desempeñan un papel esencial en la adaptación de la representación a la evolución del contexto debido a su mayor flexibilidad en relación a los elementos centrales. De este modo, cualquier información nueva o transformación del entorno se integra a la periferia. Aquellos elementos susceptibles de poner en duda los fundamentos de la representación podrán ser integrados otorgándoles un estatuto menor, reinterpretándolos.

En cuanto a la función de defensa, el sistema periférico protege al núcleo central de su eventual transformación. El núcleo central puede cambiar cuando el sistema periférico es poco resistente o la nueva información contiene mucha fuerza. El sistema periférico soporta las primeras transformaciones: cambios de estatuto, interpretaciones nuevas, deformaciones funcionales defensivas e integración condicional de los elementos contradictorios. De ahí que las contradicciones aparecen y se sostienen, en primer término, en el sistema periférico.

Los presupuestos epistemológicos de la teoría del núcleo central consideran los procesos y los mecanismos de organización de los contenidos de las representaciones sociales independientemente de su significación; las vías más utilizadas para acceder al conocimiento del objeto de estudio son las técnicas correlacionales, los análisis multivariados o las ecuaciones estructurales. Desde el punto de vista ontológico, se busca comprender tanto los mecanismos cognitivos constitutivos como las funciones, las dimensiones y los elementos de una estructura cognitiva. Las técnicas utilizadas en el enfoque estructural han recibido críticas por no dar cuenta ni del valor simbólico ni del tipo de relaciones entre los elementos representacionales.

Un ejemplo investigativo desarrollado a partir de la teoría del núcleo central es el estudio de la función de enfermería, cuya hipótesis central radica en que la evolución de las prácticas sociales y profesionales determina el cambio de estado de las representaciones sociales (Guimelli, [1994] 2004: 76). La profesión de enfermera fue fundada sobre la base de prescripciones médicas y ha integrado una parte del saber médico, pero es posible distinguir dos campos de aplicación: el tradicional, inherente a la prescripción médica, y el papel propio, caracterizado por una autonomía y aplicación de su propio saber, el cual modifica las relaciones médico-enfermera en el sentido de complementariedad y colaboración. El papel propio, en el marco de la función de enfermería, constituye una práctica nueva.

El acceso a prácticas nuevas modifica de manera masiva la estructura de la representación (Guimelli, [1994] 2004: 96). Los resultados de este estudio muestran que el establecimiento de prácticas nuevas moviliza esquemas prescriptores y reforzadores en el campo representacional, los cuales son incorporadas a un núcleo global, el papel propio de la enfermera, el cual se vuelve el núcleo central de la representación. El concepto de papel propio asegura la organización y coherencia del conjunto de la representación y, sobre todo, determina las tomas de posición que pueden ser consideradas como esenciales en las relaciones que el sujeto mantiene con el objeto.

Teniendo en cuenta la existencia de un doble sistema en las representaciones sociales, impone que el enfoque procesual y el estructural sean pertinentes porque una de las características de las representaciones sociales es que son, a la vez, estables y rígidas porque están determinadas por un núcleo central anclado a la memoria de un pueblo y su sistema de creencias, móviles y flexibles debido a que son alimentadas por las experiencias individuales e integran datos de lo vivido y de la situación específica, de la evolución de las relaciones y de las prácticas en las que las personas están inmersas.

Para salvar este problema, las representaciones sociales deben ser abordadas desde un contexto histórico y social a partir de los elementos estables del núcleo central porque en ellos se puede rastrear su genealogía. En cambio, si se abordan sólo en términos constituyentes y procesuales, no se daría cuenta del carácter histórico de las representaciones sociales, lo cual hará perder la visión de totalidad.

De ahí que la propuesta de esta tesis haya sido, primero, abordar las prácticas y discursos de la institución psiquiátrica sobre la esquizofrenia y la familia y, después, abordar el modo en el que se ha enfrentado el problema de los trastornos mentales, lo cual implica una forma de abordar, desmontar e integrar la representación social de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide con base en la delimitación de un campo social específico. En consecuencia, intenté elucidar el carácter histórico social de esta representación, estudiando su estructura, los mecanismos y los contenidos en tanto memoria social y huella cultural.

3.3 La estructura de la representación

A partir del análisis del material empírico, establecí tres ámbitos que me permiten proponer un tipo de estructura de la representación: el contexto, esto es, las condiciones de la producciones de sentido; el núcleo central, es decir, los elementos estables de la representación de la esquizofrenia como enfermedad mental y, por último, los elementos periféricos o aquellas representaciones que refuerzan y protegen al núcleo: el orden social.

3.3.1 El contexto

La construcción social de la realidad está montada en trayectorias históricas de las instituciones que las sostienen, esto es, mecanismos de orden social que procuran normalizar el comportamiento los individuos, las familias, los grupos, las comunidades y las sociedades. En este sentido, las instituciones anteceden y trascienden las voluntades individuales al identificarse por imposición como un bien social para las personas; de ahí que sean objetivadas como medios naturales de producción social, cultural y simbólica.

El hospital psiquiátrico es una producción material de la institución psiquiátrica, la cual está sustentada por los modos en los que la sociedad y el Estado han tratado los trastornos mentales y, en consecuencia, establecen maneras de relacionarnos con éstos. Desde el poder disciplinario, la psiquiatría es uno de sus mecanismos, encargada de normalizar a los sujetos desviados y, desde esta perspectiva, ha producido saberes y verdades que orientan las prácticas hacia las psicosis.

La institución psiquiátrica tiene una historia y sus saberes producidos orientan las prácticas de quienes se inscriben en su campo. Los términos que utilizan los profesionales de la salud provienen de esa historia, producen sentido, esto es, una forma de representar el campo de la salud mental y encauzar sus acciones. A su vez, al reinterpretar esos sentidos, éstos producen y reproducen discursos y prácticas que sustentan, a la vez, la existencia material, cultural y simbólica de la institución psiquiátrica.

Lo que se presenta como evidente en el campo representacional son las condiciones materiales de la existencia de la institución psiquiátrica, esto es, en el caso de esta investigación, los discursos sobre las prácticas hospitalarias de los profesionales de la salud. Puesto que se trata de un estudio exploratorio, las categorías de análisis tan sólo dan cuenta de algunos elementos contextuales de la representación: la optimización de recursos tanto financieros como profesionales para la atención clínica en la hospitalización parcial en un hospital psiquiátrico público.

Una de las categorías relativas a la optimización de recursos es la disponibilidad de cuadros clínicos para hospitalización parcial. Debido a que el HPFS es un servicio de atención psiquiátrica ambulatoria, se requiere de profesionales capacitados y orientados a intervenciones psicosociales. Debido a que la mayoría de los profesionales de la salud han sido formados en el ámbito hospitalario, carecen de herramientas conceptuales y de intervención para este tipo de trabajo. Al ser un servicio más del hospital, el HPFS debe cumplir con la normatividad establecida por los servicios de salud mental y hospitales psiquiátricos: la hospitalización breve, el control de síntomas y la reinserción social.

Si bien el programa del HPFS considera el trabajo con familias como una parte importante para la readaptación y reinserción social del paciente psiquiátrico, el hospital tiene un mecanismo que sólo capta a un familiar jurídicamente responsable para establecer el nivel socioeconómico de la familia del paciente y, en consecuencia, la cuota de pago de los servicios recibidos.

Aunque la atención psiquiátrica del hospital está financiada por los recursos del Estado, una parte del pago de los servicios recae en los familiares del paciente. La ficha socioeconómica es un dispositivo hospitalario que tiene efectos en el campo representacional y, en particular, en la práctica de algunos profesionales de la salud.

3. 3. 2 El núcleo central

El núcleo central es el elemento más estable del contenido de una representación social. En el caso de la representación social de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide, la entidad más resistente al cambio es la representación de la esquizofrenia como trastorno mental, lo cual determina que su tratamiento sea eminentemente biomédico; los trastornos mentales son privativos del funcionamiento del cerebro, por ende, las terapias farmacológicas son las indicadas para tratarlas.

El diagnóstico psiquiátrico de la esquizofrenia paranoide indica que es un trastorno mental cuyas bases son biológicas, el cual evolucionará junto con la edad del paciente, sus funciones cognitivas, sociales y laborales se deteriorarán y será incapaz de vivir y ganarse la vida a menos que reciba tratamiento médico adecuado; se trata de pacientes socialmente rescatables para reinsertarse en el campo social. Las familias demandan que los médicos curen a su paciente y lo inscriban al orden social, a un estado de normalidad.

Para los profesionales de la salud, la violencia parece ser consustancial a la familia del paciente con esquizofrenia paranoide; su vida cotidiana se caracteriza por el rechazo y la carga emocional por vivir con el enfermo y cuidarlo, lo cual provoca molestia, agresiones e, incluso, abuso sexual, de ahí que los programas de rehabilitación y de psicoeducación y sus actividades sean representadas como dispositivos y estrategias reeducativas y readaptativas tanto para el paciente como para su familia.

A la categoría de peligrosidad del enfermo mental, en el ámbito de esta investigación podría agregar la peligrosidad de la familia como origen de trastornos mentales y pautas de comportamiento violentas; si el enfermo mental es peligroso para sí mismo y para otros, la familia del paciente, al ser una entidad violenta, entonces, se trata de una familia enferma, insana, patológica. En este sentido, hay una transferencia de sentidos de la enfermedad mental, del individuo a la familia.

En cambio, para los familiares del paciente, la esquizofrenia paranoide evidencia una serie de problemas no abordados por la familia. Cuando el paciente identificado es un hijo, los padres experimentan un sentimiento de culpa por lo que a él le sucede. Los problemas no resueltos entre ellos y los conflictos vividos en casa son vistos como causas

de la aparición de la enfermedad, aún cuando los profesionales les informen que la esquizofrenia es un trastorno mental de causas biológicas aún desconocidas.

Para los profesionales, la esquizofrenia es una enfermedad, mientras que para los familiares es causa y efecto de sus sufrimientos en familia. En ambos casos, la esquizofrenia como núcleo central apela a una idea de anormalidad biológica y social. La familia es objetivada como una entidad patológica y la prueba está en el trastorno mental en uno de ellos.

3. 3. 3 Los elementos periféricos

¿Cuáles son los elementos protectores y reforzadores del núcleo central de la representación social de la familia con esquizofrenia tipo paranoide? Mi respuesta a esta pregunta es parcial porque puede haber elementos que yo no haya tomado en cuenta y que por medio del dispositivo de investigación no haya abordado. No obstante, de acuerdo a la teoría, cabe establecer la hipótesis de que el orden social es una entidad protectora y reforzadora de la representación de la esquizofrenia como trastorno mental.

Dese el punto de vista de lo social, el trastorno mental coloca al paciente psiquiátrico en el ámbito de lo marginal, la exclusión y lo anormal. Entonces, las familias con miembros con esquizofrenia son entidades morbosas, incubadoras de sujetos enfermos y anormales. El concepto de la familia normal está fundamentada en la llamada familia nuclear y la noción de funcionalidad, esto es, el grupo primario por excelencia encargada de la socialización, el cuidado y el desarrollo de sus miembros. Este estereotipo funciona como marco de referencia para establecer la anormalidad en la familia y las áreas que deben ser transformadas para volverlas a un estado de normalidad.

El hospital psiquiátrico es un dispositivo sustentado en la salvaguarda del orden social, cuya función es volver al enfermo a un estado de normalidad o, al menos, a un estado socialmente funcional. De hecho, la reeducación de la familia es una representación compartida entre profesionales y familiares de los pacientes, esto es, los miembros de la familia del paciente deben aprender nuevas formas de relacionarse entre ellos y con el enfermo mental. Si la familia del paciente con esquizofrenia es una entidad violenta, entonces, uno de los deberes éticos del hospital es reeducarla.

El modelo de rehabilitación del HPFS supone la readaptación y reinserción social del paciente. La familia, como instancia socializadora por excelencia, es la entidad directamente responsable para lograrlo. Sin embargo, en el campo representacional identifiqué una contradicción en este ámbito: para algunos profesionales, la familia es un obstáculo para la readaptación y reinserción social del paciente porque ella misma ha creado las condiciones para favorecer la aparición del cuadro psicótico, en consecuencia, es necesario desprender al paciente de ella; para otros, es necesario trabajar con la familia porque este grupo puede brindarle identidad y pertenencia, en este sentido, es necesario trabajar con la familia, el paciente incluido. Quizá estos discursos contrapuestos pueden ser esclarecidos cuando se tome en cuenta la palabra del psicótico porque otros hablan por él, lo cual silencia su voz y, por ende, desdibuja su lugar en el orden social y simbólico.

CAPÍTULO 4

REPRESENTACIONES

Introducción

¿Qué representaciones sociales sobre la familia construyen los profesionales de la salud y los familiares de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide del HPFS? ¿Cuál es la organización de esta representación? ¿Cómo se traducen esas representaciones en discursos y prácticas en el marco del HPFS? Para lograr una comprensión de la representación social de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide, identificaré algunos de los rasgos del campo representacional que caracterizan el sentido común de los interlocutores.

El campo representacional acerca de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide está constituido por los discursos y las prácticas sustentadas en la atención hospitalaria y por los efectos producidos por el dispositivo de intervención. Primero, abordaré las prácticas enmarcadas al HPFS; después, la esquizofrenia como núcleo central de la representación y, por último, los elementos periféricos que lo sustentan y protegen de cualquier transformación.

La representación social de la familia del esquizofrénico paranoide es la representación de algo, esto es, una unidad productora de enfermedades, pero también de alguien, esto es, de dos grupos sociales distintos, los profesionales de la salud mental y los familiares de los pacientes, quienes dan por sentado que la enfermedad mental es producida por conflictos familiares o, en su caso, es un factor de riesgo para la aparición de la esquizofrenia. A partir de estas representaciones, las prácticas y los discursos están enfocados a readaptar al paciente psiquiátrico al orden familiar, hospitalario y social.

4.1 Prácticas

Abordo el discurso sobre las prácticas de los profesionales de la salud enmarcadas en el ámbito del HPFBA a la luz de las trabajadoras sociales y los psiquiatras. Los principios del HPFS se basan en el modelo de HD, pero su funcionamiento operativo, médico y administrativo está enmarcado por la normatividad hospitalaria, lo cual provoca

una serie de problemas relativos a la disponibilidad de profesionales formados en la hospitalización parcial, las actividades que cada profesional del HPFS tiene que responder ante la institución como parte de sus labores sustantivas y la reducción de la familia del enfermo a un dato estadístico para establecer la cuota de pago de los servicios psiquiátricos.

4. 1. 1 Cuadros clínicos

Al evocar los inicios del servicio de HPFS del HPFBA, los dos psiquiatras entrevistados refirieron que una parte sustantiva en la conformación de este servicio fue el trabajo de los pasantes en psicología a principios de 1990. Puesto que la mayor parte del personal adscrito estaba centrado en las actividades relativas al servicio de hospitalización, sólo algunos de ellos, con el apoyo de médicos residentes, participaron en las actividades iniciales del HPFS.

De acuerdo con los dos psiquiatras, el hospital ponía en práctica tres programas para pacientes hospitalizados: el de observación, que estaba enfocado a la detección de la disminución de los síntomas de los pacientes y su evolución durante su hospitalización, el de seguimiento, que consistía en la lectura del periódico y dinámicas familiares y el de activación, esto es, la rehabilitación física a partir de talleres de carpintería, dibujo y teatro.

De acuerdo con ellos, la demanda institucional era diseñar un servicio y dejar de coordinar los programas de observación, seguimiento y activación. Cuando ellos diseñaron el primer programa del HPFS, el modelo constaba del sociodrama con familiares y pacientes, la psicoterapia breve grupal con pacientes y los talleres. Los pasantes estaban involucrados en las actividades con los pacientes desde el programa de activación, pero con la puesta en marcha del servicio de HPFS, los psiquiatras plantearon capacitarlos con base en la coordinación de actividades académicas.

MP1: Entonces ya había pasantes, los pasantes comenzaron a llegar desde el programa de activación. La activación se llevaba a cabo... el coordinador general era P., pero quienes hacían absolutamente todo, eran los pasantes. Ya había rotaciones de pasantes y entonces la petición que nos hicieron fue “Oigan, coordinémos actividades académicas con los pasantes”. Y entonces MP2 y yo comenzamos a coordinar actividades con los pasantes y de ahí algunos se engancharon y se vinieron para acá cuando requerimos pasantes.

MP2: *¡Véngase pa'ca mi rey!*

El HPFS inició su funcionamiento con pocos miembros del personal adscrito del hospital, razón por la cual tampoco había muchas actividades de intervención. A los pasantes que se involucraron en las actividades del HPFS se les delegaron funciones de diseño, operación y coordinación de los talleres de musicoterapia, teatro, literatura y pintura. A su vez, los pasantes, quienes no estaban formados para el trabajo grupal, coordinaban grupos de reflexión y era común que perdieran la dirección de esta modalidad de trabajo, de ahí que se le suspendiera.

El cuestionamiento de los psiquiatras hacia las autoridades de la institución era que ellas diseñaban modelos de intervención de poca utilidad con base en la prescripción de manuales, cuyo foco de interés era la realización de talleres orientados a la rehabilitación en psiquiatría. Esto explica el hecho de que se recurriera a la iniciativa, interés y motivación de los pasantes por diseñar modelos innovadores alejados de las prácticas instituidas del hospital.

Una de las prácticas fundantes del HPFS fue la delegación de funciones a los pasantes de licenciatura y a los médicos residentes, mientras que el personal adscrito solía monitorearlas y centrarse en la consulta individual para dar seguimiento al tratamiento farmacológico. Aunque en los inicios del HPFS había una gama de posibilidades para innovar e improvisar, el servicio carecía de profesionales que desarrollaran programas de intervención de acuerdo al modelo de HD. Aunque se utilizó la motivación de los pasantes y residentes, ellos sólo estaban por un tiempo relativamente breve, lo cual dificultó la sistematización y continuidad de este tipo de actividades.

MP1: Lo que pasa es que no habíamos muchos adscritos ni muchas actividades. Yo, por ejemplo, estaba en familias y, al mismo tiempo, tenía que estar coordinando. Cuando se fue MP2, el adscrito, nos quedamos así, *bailando*. Entonces, como había sido A., el que había estado ahí como pasante, le dije, “¿Sabes qué? ¡Encárgate!” *Y agarró muy bien el patín* y lo desarrolló.

MP2: Pero ya estábamos organizando. Los pasantes eran los que estaban revisando, como haciendo los programas en el modelo... pero los modelos que se hacían aquí como programas eran una porquería, entonces, yo les dije, “Hay que hacer el marco de referencia...” toda una serie de cosas...

Estos testimonios dan cuenta de la dificultad de sistematizar el conocimiento disponible y extrapolarlo al ámbito de la intervención. Por ejemplo, la tesis de licenciatura

de dos pasantes de psicología justificó una forma de trabajar con los pacientes con esquizofrenia en el marco del modelo de psicoterapia grupal breve. Sin embargo, en esta modalidad de intervención, donde se solía reunir a los pacientes con sus familiares, ocasionaba que afloraran agresiones hacia los primeros. Si bien los pasantes pudieron sistematizar teóricamente su propuesta, carecían de un entrenamiento para el ámbito de la intervención.

Debido a la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia, era común que los familiares los agredieran para controlar su comportamiento en las actividades iniciales del HPFS. Los pasantes, quienes carecían de conocimientos y prácticas profesionales sólidos, requerían de supervisión constante por parte de personal capacitado. Sin embargo, como lo muestran los testimonios, estos últimos estaban centrados en otras actividades como para poder monitorear las intervenciones iniciales.

MP2: Llega A., llega un pasante, llega A., y después quitamos el teatro y literatura, ya habíamos quitado porque resultaba que los pacientes sabían más de literatura que los pasantes.

MP2: Era cierto. Esas pobres no sabían ni quién era Rabindranath Tagore... y ya nada más se quedaron con dibujo como taller. Empezamos a restringir los eventos, ya no había la necesidad del evento... era más bien un evento de corte cuando se iban a salir los pacientes los iban a evaluar, ya más bien como más de observación, ya cómo se iban dando ahí las interacciones con la familia. Y ese es el modelo con el paciente. Los de la atención terapéutica individual seguían como siendo parte del eje. Los pacientes entraban aquí, se distribuían acá, a dibujo, como un reforzador, tenía dos niveles, siempre los mantuvo: como de trabajo inicial integrativo, que el paciente se fuera expresando, donde era como, desde lo individual, tentativamente colectivo, como que había esta cuestión de, desde la reflexión individual, el contacto con *El maestro*, que llevó una relación como de maternaje, como de platicar con ellos. Y luego ya tenían la posibilidad de interactuar con los demás. Ya en el segundo nivel había un trabajo como de corporalidad. Se dibujaban a sí mismos, este, los rostros, ya podían tener otro grado de expresión. Los de dibujo siempre han tenido un motivo de tesis, pero nadie ha hecho nada. La gente ha pasado por ahí. Nadie ha aprovechado el trabajo que daría ahí. ¡Además, es *chingón!* Como decía don H., todo mundo puede aprender a dibujar. Y luego había unos que hasta aprendían a pintar.

Además de la falta de capacitación, los psiquiatras representan la formación académica de los pasantes como endeble, cuando la responsabilidad de las intervenciones tuvieron que haber recaído en el personal adscrito. Sus testimonios dan cuenta de la

dificultad de salir del paradigma del entretenimiento para dar paso al diseño, seguimiento y consolidación de un programa de hospitalización parcial: por una parte, está la falta de profesionales de la salud y adscritos al hospital que diseñaran y coordinaran los programas referentes del modelo de HPFS; por otra, la necesidad de tener personal adscrito especializado en modelos de intervención distintos a aquellos brindados por los servicios de hospitalización y, por último, la delegación de funciones y responsabilidades a los pasantes de psicología.

El modelo de atención psiquiátrica del HPFBA centra su interés en la atención al paciente, donde prima la intervención farmacológica y propia de los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias. Cabe suponer que el personal interesado en participar en la puesta en marcha del HPFS, pero carente de una formación y práctica profesional orientada a la rehabilitación psicosocial, tendía a reproducir esquemas de hospitalización con la consecuente estigmatización del paciente.

La falta de personal especializado para la intervención psicosocial explica el hecho de que los primeros programas se centraran en entretener al paciente durante su estancia en el hospital. Las intervenciones con los pacientes y sus familiares se volvían una forma de experimentación por medio del ensayo y el error y de exploración de las posibilidades de intervención, donde se producían agresiones hacia el paciente y los conocimientos de los coordinadores eran rebasados por la incomprensión de los modelos de intervención.

Los dos psiquiatras entrevistados tenían que realizar tanto funciones de coordinación como de intervención, razón por la cual recurrieron al apoyo de los pasantes. Ya que éstos estaban motivados e interesados en su desarrollo profesional, sus aportaciones fueron fundamentales en la concreción de los programas del HPFS. Sin embargo, esta delegación de funciones a los profesionales en formación conduciría a la dificultad de articular y consolidar un equipo clínico que diera seguimiento a las primeras intervenciones con los pacientes.

El programa del HPFS requiere de personal adscrito capacitado para poder realizar intervenciones distintas a las realizadas en los servicios de hospitalización. Las consecuencias del trabajo por medio del ensayo y el error conducen a intervenciones carentes de fundamento teórico y metodológico, con base en experiencias circunstanciales y

centradas más en el control de síntomas y evitación de recaídas, en consecuencia, la reinscripción y readaptación social del paciente resulta cuestionable. Sin embargo, hay otras dimensiones que conforman este tipo de prácticas, como la optimización de recursos y la desarticulación de equipos clínicos de trabajo.

4. 1. 2 Burocracia

En los inicios del HPFS, los psiquiatras evocaron que el abordaje con el paciente debía hacerse en varios ámbitos y de forma progresiva tales como la terapia de grupo, las intervenciones familiares y los talleres de rehabilitación, de manera que se cubrieran diversas esferas para promover la recuperación del paciente. En este sentido, se trataba de prescribir intervenciones grupales y familiares como si fueran medicamentos. La prescripción de actividades responde más a un tipo de justificación institucional que a una mirada centrada en el tratamiento del paciente.

Debido a la falta de personal adscrito en el HPFS, los psiquiatras pensaron que la prescripción podía persuadir a las autoridades del HPFBA para mantener un tratamiento a mediano y a largo plazo. Esto indica que, por una parte, el programa aún estaba por consolidarse y, por otra, las autoridades no estaban dispuestas a utilizar recursos distintos a aquellos referentes a la hospitalización. El efecto que esto tuvo en la estructuración del programa del HPFS fue el predominio del modelo biomédico e individualizado, por efecto de desplazamiento de sentidos, sobre la intervención psicosocial.

MP1: Y la prescripción era, más o menos como la prescripción de los medicamentos, la intención era de asignarle actividades así como por prescripción. A lo mejor todos requerían medicamento, pero no todos requerían el medicamento y a la misma dosis.

MP2: Pero todo esto fue, ¿cómo te podría decir? Una racionalización porque, la verdad, en el modelo de psicoterapia breve, que fue lo primero que se me ocurrió, yo ni sabía *ni madres*, era lo que estaba leyendo. Entonces decía “*¡Putá madre! ¿Qué modelo?*” La psicoterapia breve. Para psicóticos, nada. Pues entonces, hay que ver. Por ahí encontré un autor, en sus elucubraciones, el modelo de psicoterapia breve. *¡Ah, a toda madre!* Entonces, la psicoterapia breve, en principio, la *onda* es que a mí no me quedaba clara la consigna. O sea, yo vine aquí pensando en que me estaban haciendo un favor. O sea, *¡qué a toda madre!*

MP1 y E: ¡Jajaja!

Ya he referido la dificultad de articular y consolidar un equipo clínico del HPFS, lo cual tuvo como resultado el experimentar modalidades de intervención cuestionables debido a que la coordinación de las actividades recaían en los pasantes de psicología. Cuando uno de los psiquiatras entrevistados asumió la jefatura, quien estaba por terminar su formación académica en grupos, estableció la psicoterapia breve grupal como eje central de atención.

A la luz del análisis del discurso del psiquiatra, el poder que las autoridades le otorgaron le permitió establecer sus propias motivaciones profesionales. El médico concretó un modelo de intervención de interés personal y logró coordinar académicamente un equipo de trabajo bajo el dispositivo grupal. La autoridad que poseía le permitió fundamentar los demás programas de intervención bajo su perspectiva.

MP2: La verdad. Yo miraba y me preguntaba “¿Quién sabe qué harán?” ¡Llegaba y *ni madres!* Entonces, yo llegaba y decía “Yo veo esto, yo veo esto” “¡Pues tú, tú eres el especialista!” Entonces, yo fui el que dije, “Vamos a hacer este *modelito*”. Y ya, *tatatata*. Pero no tenía claro como que yo iba a tener autoridad. Soy muy dado al habla, pero ya en ese sentido como *respetuosón*. Porque además así me habían contratado, es lo que me decía S. “Usted todo lo tiene que tratar ahí. Ya tiene a M. No se vaya a brincar ni a hacer payasadas”. Hasta que se va MP1, un 4 abril de 1997, estaban festejando, y me dicen “Te vas a quedar de encargado”. “Encargado, ¿de qué?” “¡De esta madre!” “¡Ah, cabrón! Pues me quedo de encargado”. Ahí empiezo a saber que yo podía tener cierto protagonismo, cierta autoridad. Ya cuando te la dan, *jchingue su madre!*, pues la tomas, ¿no?

Hay una dificultad en articular los modelos de intervención del HPFS porque para los médicos la tarea estaba centrada en el paciente y no en la salud y la enfermedad mentales; en el caso de la familia, el modelo estaba enfocado a crear una alianza con ella para abordar los problemas familiares que influyen en las recaídas del paciente. Dicho de otro modo, la perspectiva psicosocial del HPFS se diluye a partir de la imposición arbitraria de la psicoterapia breve grupal como eje central de atención.

Cuando uno de los psiquiatras entrevistados asumió la jefatura del HPFS, después de cinco años de iniciado el servicio, convocó a pasantes, residentes y personal adscrito a conformar un grupo de trabajo con base en la perspectiva psicoanalítica de la terapia grupal. Esta experiencia singular en la historia del HPFS tendría como resultado la consolidación de un equipo fundante, con una perspectiva teórica y metodológica orientada

a rebasar las prácticas psiquiátricas predominantes de hospitalización y la de los talleres de rehabilitación.

Cuando los psiquiatras habían consolidado una modalidad de trabajo y una perspectiva clínica, las autoridades de la institución cambiaron de servicio a varios de los miembros. De acuerdo con ellos, la lógica de las autoridades fue que el personal capacitado y especializado reprodujera el conocimiento adquirido en otras áreas del hospital, lo cual marcaría un retroceso del HPFS.

MP2: Entonces, ya cuando regresa MP1, con la experiencia del Hospital de Día... no había manera de movilizarlos. No tuvo la misma *chance* de reclutar a la gente, escogerla, pues ahí están. Les doy yo un curso, además era una cosa *mafufa*, porque yo venía a dar un seminario, y los que estaban mejor para ser terapeutas, los más estudiosos, los fueron *despachando* de jefes. Se va H. de jefe no sé adónde, va B. a otro lado de jefe, otra se va de secretaria, L., o sea...

MP1: ¡Desmantelar!

MP2: El que mejor se capacitó, lo cambiaron de servicio.

MP1: Entonces ya entendió, la lógica de S. era la de “¿Ya entendió? Entonces, que se vaya a reproducir el modelo”.

MP2: Ese fue el supuesto.

MP1: O sea... es absurdo.

MP2: Absurdo... a otros los mandó a piso...

MP1: No funcionó nada. En otras palabras, mandó a desmantelar el equipo.

Es importante subrayar que varios de los miembros del equipo fundante fueron transferidos a algunas jefaturas y otros a apoyar el trabajo en los modelos existentes de hospitalización continua. Este hecho conduce a pensar en la dificultad e imposibilidad de modificar prácticas instituidas y hegemónicas mientras el hospital psiquiátrico y los servicios de salud mental en general estén desarticulados como para canalizar a los pacientes bajo cuidados de servicios intermedios y comunitarios.

El modelo hospitalario del HPFBA es predominantemente biomédico, cuyo énfasis está puesto en el uso de fármacos y la disminución de síntomas sin tomar en cuenta el ciclo de vida de los pacientes y su ámbito social inmediato. En otras palabras, el vínculo entre el hospital psiquiátrico, la familia y la comunidad es inexistente, con lo cual se niega la realidad social del paciente psiquiátrico. Además, los cuadros de especialistas en salud

mental se forman en ámbitos hospitalarios, lo cual dificulta que ellos experimenten intervenciones psicosociales distintas a los modelos establecidos.

En el HPFS, la responsabilidad de experimentar modelos de intervención tales como psicodrama, trabajo con grupos y talleres de expresión recaía en el personal en proceso de formación profesional y especializada. Si bien estos escenarios fueron ventanas de oportunidad de formación, entrenamiento y experimentación para los pasantes y residentes, también significaron una hiperresponsabilización delegada por el personal adscrito. La formación académica sin un acompañamiento profesional de especialistas puede conducir a prácticas éticamente cuestionables.

La lógica de los servicios de salud mental mexicana está fundamentada en mantener los privilegios laborales que otorgan los hospitales certificados como de tercer nivel, es decir, de alta especialidad. La posibilidad de diseñar y poner en marcha servicios de salud mental distintos al hospital puede ser un tipo de renuncia al prestigio, los beneficios y cierto grado de certidumbre que permite el trabajo hospitalario. De hecho, las recomendaciones internacionales indican que la rehabilitación social del paciente psiquiátrico es posible bajo la condición de articular servicios de salud mental comunitarios bajo enfoques psicosociales, en lugar de mantener al hospital psiquiátrico como eje de atención.

Las prácticas del HPFBA tienden a plegarse sobre sí mismas anulando las posibilidades de cambio porque su modelo de atención es hospitalario, no psicosocial ni comunitario. Si bien las autoridades del HPFBA pudieron haber desmantelado al equipo fundante del HPFS, los miembros no justificaron su permanencia en ese espacio ni los que se quedaron previeron este tipo de interpelación ni dieron continuidad al trabajo realizado con el nuevo personal adscrito. La realización de modelos psicosociales pone en duda su funcionamiento si están fundamentados en experiencias eventuales, sin una visión a largo plazo y con una administración que responde a objetivos y principios distintos a los de hospitalización parcial.

4. 1. 3 Ficha socioeconómica

Ahora exploraré las representaciones sobre la familia del paciente con esquizofrenia paranoide con base en el discurso de dos trabajadoras sociales (TS) del HPFS, lo cual da

pie a entender el modo en el que el hospital concibe a la familia en relación a los servicios brindados al paciente psiquiátrico. Las funciones sustantivas de las TS se caracterizan por la elaboración de la ficha socioeconómica de la familia del paciente del HPFS, esto es, la recopilación de información referente a los ingresos económicos, el lugar de residencia, los dependientes económicos y el número de miembros de la familia del paciente. El propósito de este dispositivo es establecer la cuota de pago del tratamiento que recibe el paciente en el hospital. Esta información es obtenida a partir del familiar responsable del paciente.

Las TS también elaboran el estudio psicosocial del paciente, es decir, la descripción del ambiente familiar en el que él vive, caracterizado por el tipo de organización de la familia, la interacción entre los miembros y los problemas que continuamente presentan en esos dos ámbitos. Esta información es registrada en el expediente del paciente, la cual puede ser utilizada por el equipo terapéutico durante su permanencia en el HPFS. Además, los datos de la ficha familiar pueden ser corroborados mediante la visita domiciliaria.

La visita domiciliaria es un procedimiento que las TS realizan en compañía de un psiquiatra. En coordinación con el personal administrativo del HPFS, las TS sugieren a la familia la fecha y el día en el que visitarán su domicilio. De acuerdo con las TS, la visita les permite ampliar su visión sobre las condiciones de vida del paciente, el tipo de vecindario, los familiares con quienes convive, el rol que ocupa en el interior de la familia y la actitud que los demás miembros muestran hacia él durante la visita del equipo clínico.

TS1: Nosotros hacemos la clasificación de acuerdo a la gráfica que tenemos en el estudio socioeconómico, el puntaje que se lleve a cabo de acuerdo a la entrevista [...]. Hay una escala que tenemos nosotros donde clasificamos... esta escala es de clasificación. Tenemos el exento, es un puntaje de cero a tres.

E: Serían los que no pagan.

TS1: Sí.

E: Es decir, tendrían condiciones económicas muy desfavorables...

TS1: Sí. Precarias. Tenemos un nivel 1 que es de cuatro a seis. Son de los niveles bajos que aplicamos en el 1 y el 2. El 1 es de 4 a 6 puntos, y el 2 es de 7 a 9 puntos. Dependiendo de la vivienda es el puntaje, ¿sí? Por ejemplo, si no tiene una vivienda propia, arroja un 0 [...] hay personas que nada más tienen un cuarto para usos múltiples, es sala, comedor, recámara y tienen un baño comunal; por lo regular son los pacientes que tienen una clasificación de exento o nivel 0 que es lo mismo.

De acuerdo con el material discursivo de las TS, la mayoría de las familias de los pacientes viven en condiciones precarias, esto es, sus percepciones económicas son insuficientes para cubrir necesidades básicas como la alimentación, el vestido y la vivienda. De acuerdo con ellas, es común encontrar familias numerosas, cuyos miembros habitan una vivienda constituida por un cuarto, dicho de otro modo, en condiciones de hacinamiento.

El paciente suele ser económicamente dependiente de la familia; su condición de enfermo agrava la situación económica de la familia porque la persona se vuelve improductiva y, además, algunos miembros mantienen una vigilancia constante debido a su conducta desviada. En este sentido, de acuerdo con las TS, algunos de los familiares suelen considerar que el paciente se vuelve perezoso con el propósito de evadir sus responsabilidades en el interior de la familia.

Para las TS, la elaboración de la ficha socioeconómica les ayuda a mostrar a la familia que el paciente debe recibir tratamiento porque padece una enfermedad, la cual los familiares ignoran. Para las TS, la ficha familiar es el primer acercamiento que los familiares tienen con el tratamiento que el paciente recibirá; incluso, recaban información que los psiquiatras desconocen puesto que ellos sólo se enfocan al control de los síntomas del paciente. A decir de las TS, sus actividades pueden reducirse a la elaboración de la ficha socioeconómica para establecer la cuota de pago; sin embargo, suelen funcionar como catalizadores de las preocupaciones y angustias de los familiares.

La ficha socioeconómica es un dispositivo hospitalario generalizado que responde a establecer tanto el nivel socioeconómico de la familia como la cuota de pago de los servicios psiquiátricos. Este dispositivo reduce a las familias de los pacientes a datos estadísticos con capacidad o incapacidad de pago. Hay una sobregeneralización y simplificación de la realidad social de las familias de los pacientes con esquizofrenia paranoide sustentadas en sus posibilidades de pago de los servicios del hospital. No obstante, de acuerdo con las trabajadoras sociales, este dispositivo también es el primer contacto que la familia tiene con el hospital.

TS2: La experiencia, cuando yo llegué aquí, ha sido un trabajo muy interesante, Armando, el hecho de que uno se relacione en la atención con familias es muy importante para poder brindar un apoyo más allá también al familiar, de cuando vienen con un estrés demasiado con los pacientes. Es un impacto cuando llegan a

urgencias, y luego los canalizan a hospitalización. De ahí comienzas a ver que viene la familia en verdad muy angustiada, espantada, preocupada, ¿qué va a pasar con su paciente? ¿Qué sucede aquí? ¿Dónde lo van a tener? Y empiezas a ver una situación de... a lo mejor de esta forma yo también me reflejo como familiar de un paciente que tuviera y quisiera el trato también bien, entonces, yo creo que ahí empiezas a analizar y ver ese conflicto que trae la familia y no aceptar no querer... empiezas a trabajar, no inmediatamente en lo que nosotros como trabajo social llamamos y hacemos una ficha socioeconómica de entrada, y no solamente es la ficha socioeconómica, es bajar un poco esa tensión, esa angustia, y esa preocupación que traen y hablar con ellos.

La empatía de las trabajadoras sociales respecto a los familiares del paciente supone una forma de sensibilización ante las emociones que ellos expresan. La hospitalización de un enfermo psiquiátrico promueve la conformación de una serie de representaciones del trato que se le ha dado al loco, tales como el encierro y el castigo. ¿Qué sucede dentro del hospital? Es una respuesta guardada celosamente por el personal que produce incertidumbre en los familiares. ¿De qué conflicto habla la TS2? ¿Es su función disminuir la angustia de los familiares por medio del diálogo o debe acotarse a informarles sobre el estado de su paciente y recabar la información que demanda el hospital?

4.2 Familia y esquizofrenia

El núcleo central de la representación de la familia del paciente del HPFS es que se trata de una entidad cuyos conflictos familiares son determinantes en la aparición de enfermedades mentales en sus miembros. Si la esquizofrenia es una enfermedad, entonces, la familia del paciente es una entidad patológica y, en consecuencia, su función social está cuestionada y puede significar un fracaso para la familia como entidad socializadora.

4.2.1 Cronicidad

El modelo de atención psiquiátrica del HPFS supone una imposición de significados relativos al paciente esquizofrénico, su enfermedad y su tratamiento. En principio, se trató de crear poblaciones homogéneas en los grupos de psicoterapia, como si la evolución de la enfermedad y la sintomatología de los pacientes fuera la misma y con el mismo grado de cronicidad. De acuerdo con los psiquiatras, el mismo grupo y los fenómenos

desencadenados en su interior determinaba el tipo de tratamiento que cada paciente podía recibir.

MP2: Esa era como la justificación. Tenemos que hacer poblaciones homogéneas. Entonces, hacemos *grupitos*, no tanto de secuencias. Ya después salió esto de “vamos a ver si se las podemos prescribir”. Pero a la hora de la hora, era un *desgarriate*, era como muy difícil diferenciar una actividad de otra. Lo único que podíamos, o sea, sí podíamos pensar que alguien, a lo mejor teníamos que haberle dado los talleres a todos. O sea, *¡chin!*, de inventivos. Porque decíamos, “Todos necesitan trabajo sobre el esquema corporal, sobre la socialización, sobre la verbalización, sobre el oído, sobre la expresión musical, todo”. Entonces, lo que después fue sucediendo es que el mismo grupo era el que marcaba como la evolución. Y el que se salía de *la olla de los tamales*, “pues este *güey* es de chile, este *güey* es de manteca... ¡sáquenlo!” Esto fue lo que fuimos haciendo. “¡Órale, se mueve *pa'llá!*” Y ya los que despuntaban, pues al grupo de transición. Esa fue una realidad. La otra realidad era que los veías, los comenzabas a mandar a la basura. Y entonces, de repente, *¡puta madre*, no se podía aliviar con eso!

E: ¿Cómo, cómo que los comenzaban a mandar a la basura?

MP2: ¡Sí, pacientes *cronicísimos!* Y luego yo, ya con cierto prestigio, con cierta pantalla, los mandaba a los basura, *¡órale!*

MP1: ¡Lo qué es ser pobre! O sea, ¿sí pueden, no?

La basura es la materia desechable, la que ya no sirve para el humano, la que ya no se puede utilizar, algo que es de baja calidad. La objetivación del paciente crónico como basura desvela una visión reduccionista del enfermo mental y la imposibilidad de mejoría por la gravedad de su trastorno. Cabría pensar que las intervenciones silvestres realizadas por el equipo de trabajo reproducían esquemas que cronificaban al paciente mismo. El modelo del HPFS estaba en vías de legitimidad en sus formas de intervención, lo cual explica el hecho de que se seleccionaran aquellos pacientes con cuadros menos severos para demostrar logros terapéuticos a corto plazo.

Entonces, uno de los fundamentos de la conformación del HPFS es la inclusión y selección de pacientes psiquiátricos con signos de deterioro físico, cognitivo, emocional y social menos severos y con pronósticos más favorables en términos de rehabilitación, readaptación y reinserción social. Esta clasificación arbitraria conduce a temas de reflexión relativos a la forma de representar al enfermo mental, su lugar social y los servicios de salud mental destinados a ellos de acuerdo con la perspectiva biomédica.

La perspectiva biomédica considera que el esquizofrénico es una persona con un trastorno mental cuyas bases están en el cerebro, por ende, su tratamiento es eminentemente biomédico a pesar de que el paciente no muestra signos de daño en su sistema nervioso central. Pero la mirada y la palabra médica fundamentada en la observación clínica y sustentada en la clasificación atórica se vuelve incuestionable y ocasiona que la palabra del paciente sea silenciada por este sistema representacional y, por ende, su subjetividad queda circunscrita a una mirada arbitraria que vela su existencia social.

El lugar social del enfermo mental rescatable es el hospital psiquiátrico, al cual es llevado a los servicios de hospitalización para disminuir sus síntomas y permanece anclado a los servicios de consulta externa para continuar con su tratamiento farmacológico. En el caso del paciente con esquizofrenia paranoide, el paso por el HPFS significa un modo distinto de vivir la enfermedad, caracterizado por intervenciones grupales, familiares e individuales, pero sin otra posibilidad de continuar con su tratamiento en centros comunitarios o redes con enfoques psicosociales. La experiencia de ser paciente para convertirse en expaciente perpetúa su condición de enfermo y dependiente de los servicios hospitalarios.

En cambio, el lugar social del enfermo mental no rescatable es, en el mejor de los casos, vivir bajo la vigilancia de la familia, y en el peor, caer en la mendicidad o ser abandonado en alguna granja o institución asilar. A su condición de enfermo se suma la condición de abandonado. La analogía basura-paciente crónico tan sólo revela que el hospital psiquiátrico, como eje de atención, está orientado a recuperar a los pacientes con signos de deterioro menos severos. La sociedad y el Estado aún no han conformado una sensibilidad encauzada a brindar atención y cuidado a aquellas personas con trastornos mentales crónicos y discapacitantes.

4. 2. 2 Violencia

Las TS sociales representan a la familia del paciente con esquizofrenia paranoide como una entidad que vive en un ambiente de conflicto. Para ellas, en este tipo de familias se dan casos de violencia y, en particular, de abuso sexual. De hecho, para las TS la

violencia familiar y el abuso sexual son inherentes a la familia del paciente con esquizofrenia paranoide.

De acuerdo con las TS, la mayoría de los pacientes del HPFS tienen una historia familiar donde el abuso sexual forma parte de su experiencia de vida. Se trata de un tema velado por la familia, del cual no desean hablar, pero que sobresale porque genera confrontaciones y distanciamientos entre el paciente y el familiar que abusó de él. Las TS refieren que varios pacientes fueron abusados sexualmente en la infancia y adolescencia por alguno de sus padres, sus hermanos u otros familiares cercanos como tíos, primos o abuelos.

Para las interlocutoras, el abuso sexual son temas velados, silenciados por miedo a despertar un pasado oscuro, un tema tabú que se contrapone al modelo de la familia nuclear, la cual cuida, educa, alimenta y cobija a los miembros. La violencia y el abuso imponen silencio y agrava la atmósfera de tensión al aparecer la esquizofrenia.

E: Es decir, ¿el tema de la violencia es un tema recurrente cuando llegan a entrevistar a las familias de los usuarios... al menos en este espacio?

TS1: Pues en la mayoría de los casos. Y tenemos un gran número de... también de abusos sexuales en la infancia, ¿sí? Y por lo regular son... esas personas son abusadas por familiares... Un tío, un hermano, el padre, este... son familiares los que hacen... este... pues ese acto.

TS2: Porque incluso hay aspectos de abuso sexual, que ellos también luego ya no quieren manejar, ni yo manejo ni ellos explican más.... Mientras con una mamá se esté tocando sólo a ficha socioeconómica, ellos no te van a hablar. Hasta *después* te comienzan a decir: “¿Sabe qué? Que tengo problemas con mi hijo, yo no me imaginé que...” Entonces, como que hay momentos en que sí me cuesta trabajo. Te soy sincera, yo el aspecto de la sexualidad, eso no lo abordo. Ahí sí me mueve demasiado, pero no en el sentido personal, sino en el sentido de que no sepa cerrar ese tema en un momento dado y deje a la familia más confundida. Ese aspecto sí, no lo toco.

Para una de las TS, el abuso sexual es un tema que no aborda o evade porque no se siente capacitada para hacerlo; ella justifica sus argumentos con base en que sus funciones radican en abordar los temas socioeconómicos de la familia. Las TS recopilan información sobre el ambiente familiar del paciente, pero carecen de herramientas para abordar los problemas detectados; su intervención se reduce a escuchar y eventualmente a canalizar a los familiares a las actividades del trabajo con familias del HPFS.

La formación del equipo terapéutico del HPFS se dio a partir de una experiencia grupal, con lo cual se pretendió asumir una mirada puesta en los conflictos psíquicos del paciente, de manera que el personal adquiriera una perspectiva profunda al respecto. Al desarticularse el equipo, los miembros que permanecieron han orientado sus prácticas al tratamiento farmacológico en la consulta individual y sólo un psiquiatra, formado como terapeuta familiar, aborda los temas familiares del paciente con esquizofrenia paranoide.

La fractura del equipo terapéutico pudo iniciarse en el desmantelamiento del equipo fundante a la par de carecer de personal especializado en el modelo de HD, a lo cual se suma la incertidumbre que supone abordar los problemas de la familia del paciente y que moviliza tanto a los familiares responsables como a los profesionales de la salud, de ahí que sólo un clínico realice intervenciones familiares y se le atribuya el estatus del profesional que modifica la actitud de los familiares hacia el paciente.

Para las TS, la atmósfera de la familia del paciente con esquizofrenia se caracteriza de violencia física y verbal. Es común que el paciente agrede a algunos de sus familiares con quienes convive, lo cual ocasiona que los demás respondan de la misma manera o que lo aíslen de la convivencia familiar. Cuando las TS realizan la visita domiciliaria, en algunos casos, el enfermo es apartado para evitar su conducta agresiva. De hecho, algunos de ellos son llevados a urgencias porque han golpeado a algún familiar. Para las TS, el esquizofrénico desencadena una actitud de miedo entre los familiares, por lo cual, es común que su convivencia cotidiana se transforme en agresión.

E: ¿Y eso que utilidad tiene, es decir, la apreciación que tengan hacia el padre o hacia la madre?

TS1: Sí. El temor que tengan para poder comunicarse con ellos. Y sobre todo, la violencia intrafamiliar que se da con ellos.... Pues hay pacientes que... bueno, hay violencia intrafamiliar porque de esta forma educan a sus hijos, a golpes, o sea, de manera verbal y física. Hay pacientes que dicen, bueno, “mi papá utilizaba eso para corregirnos, para educarnos, y con el cinturón, la mamá con el cable de la plancha”; los han llegado a lastimar, también, en partes donde no sean visibles, en las pompis, en la espalda, bueno...

Un aspecto particular que las TS refieren cuando realizan el estudio psicosocial es si los pacientes fueron hijos deseados o indeseados, si hubo problemas durante el embarazo de la madre, quién los educó, problemas de aprendizaje y los aspectos relacionados con la

aparición del cuadro psicótico; algunos de ellos, según las interlocutoras, fueron educados mediante golpes. Para las TS, la familia del paciente vive un ambiente violento en toda su historia y se ha naturalizado como una de las formas de convivencia. La violencia familiar es representada como una característica inherente a las familias de los pacientes y, por lo tanto, es una pauta que pretende modificarse mediante las actividades grupales con los familiares.

Las prácticas hospitalarias tienden a evadir la violencia familiar y aquellas encauzadas al paciente porque el tratamiento está enfocado a la disminución de síntomas, no a tratar los problemas psicosociales y familiares del enfermo. En el caso del HPFS, al abordar los temas familiares, se hace desde una visión normativa y normalizadora de las pautas familiares orientadas por el principio de reinserción y readaptación social del enfermo, lo cual se convierte en una especie de trastocamiento del ambiente familiar por parte del equipo terapéutico.

Algunos miembros del equipo del HPFS, al pasar por alto un ejercicio terapéutico, lo que establecen es la invitación a un consenso para la aceptación del paciente y su enfermedad, pero al hacerlo, sólo contienen parcialmente los modos de violencia mediante sus intervenciones. La evitación del sufrimiento en la familia puede conducir a mantener los diversos modos de violencia suscitados en la familia del paciente y obstaculiza las posibilidades de que el paciente reciba un trato digno en el ámbito familiar.

Para las TS, la exclusión de los pacientes con esquizofrenia paranoide se evidencia por el estado físico en que se encuentran: llegan al servicio sin bañar, sin alimentarse adecuadamente y algunos han pasado por periodos de indigencia ya que cuando llegan a abandonar la vivienda, los familiares no los buscan. El rechazo es el camino hacia el abandono del paciente, cuya enfermedad es causa de vergüenza y sufrimiento en la familia.

De acuerdo al eje de atención familiar, el rechazo a la enfermedad y al paciente es un efecto del desconocimiento de la familia sobre las enfermedades mentales; en cambio, de acuerdo a las TS, también se relaciona con la atmósfera de violencia naturalizada en la familia. La familia acepta al paciente siempre y cuando sus síntomas estén controlados. Si esto es así, entonces el paciente es reintegrado a las actividades cotidianas al igual que el resto de los familiares, como el sentarse a la mesa a compartir los alimentos.

En cambio, cuando los síntomas del paciente se desbordan, a éste se le aísla. Cuando las TS realizan la visita domiciliaria logran percatarse de que el paciente está aislado y vigilado, es decir, rechazado por la familia y escondido a la vista de los demás. Se trata de uno de los mecanismos de exclusión creado en el espacio de la familia, el cual marca una brecha entre los enfermos y los no enfermos, pero también de tecnologías normalizadoras y de detección de síntomas.

TS1: En algunos... nadie lo acompaña [al paciente], es más, algunos desertan porque... pues no, no viene su familia, no se ocupa nadie de ellos. Vienen sin bañar, no se alimentan bien, hay algunos que se salen de su casa y los familiares permiten que se vaya, así, no le hacen caso, que se salga y que venga cuando quiera. Es más, los rechazan, dicen “es un loco, no tiene remedio, yo no lo quiero en mi casa”. Lo veo mucho en hospitalización continua, se trabaja mucho, o sea, como trabajadora social, es agotador esta inserción del paciente a su familia porque a veces vienen, los abandonan y ya no quieren saber nada de ellos. Y cuando vamos a su casa, no los quieren recibir. “Sabe qué, ¡lléveselo!, se lo regalo, me causa muchos problemas”.

El rechazo proviene del miedo que genera entre los familiares el cuadro sintomatológico del paciente y su conducta errada; a menos que él sea un miembro productivo e indispensable para el sustento familiar, entonces, es aceptado por esa condición. En algunos casos, si el paciente es el proveedor económico o el que realiza las labores domésticas del hogar, él tiene un lugar en la familia; en caso contrario, son considerados sujetos indeseables a quienes hay que mantener aislados.

La desviación respecto a la norma conduce a una serie de estrategias familiares coercitivas que excluyen a los miembros improductivos. La posibilidad de existencia del paciente está delimitada por ese orden social y la familia, en este caso, es una institución encargada de socializar y normalizar al psicótico mediante el trabajo. El HPFS fundamenta su perspectiva de tratamiento a la reinserción y readaptación del esquizofrénico, orientada a reinsertar al paciente esquizofrénico-paranoide a los modos de producción económica. La salud mental como bien simbólico también se convierte en una posibilidad de existencia al considerarla como mercancía.

4. 2. 3 Sufrimientos

Para algunos familiares, el rechazo al paciente con esquizofrenia surge a partir del miedo a enfrentar su cuadro psicótico, basado en su desconocimiento acerca de la

naturaleza de este trastorno mental, el desbordamiento sintomático del paciente y como respuesta al cambio de su conducta. El miedo paraliza a la familia y la negación a la enfermedad puede tener el efecto de detener el tiempo y de tratar de establecer una organización familiar inamovible puesto que cualquier cambio puede afectar el estado de salud del enfermo y el de la familia.

F7: Miedo a afrontar la realidad... miedo a aceptar que mi familiar está enfermo, qué me toca hacer a mí como familiar, porque yo lo digo siempre, en las familias siempre va a haber falta de comunicación, y debemos ya afrontar la enfermedad y saber comunicarnos, porque si no nos sabemos comunicar dentro de un núcleo familiar, entonces no vamos a avanzar ni para atrás ni para adelante. Hoy, esto no va a hacer de la noche a la mañana, es un proceso, es un proceso que debemos saber llevar como familia, como padres, como hermanos, como... hasta primos, sobrinos, tíos, de todo... pues estamos dentro de un núcleo familiar, es decir, no se trata nada más de la familia... cabe toda la familia, abuelitos, tíos, todos... El paciente se debe de sentir apoyado, apoyado sobre todo. Claro, no toda la gente vamos a pensar igual, pero debemos de tratar de que la gente que no piensa igual, afrontar y decir “tú estás mal”, eso es lo que conlleva una buena comunicación en la familia.

Para un interlocutor, el miedo no es a la enfermedad, sino a afrontar la responsabilidad de cuidar del paciente. El miedo es un camino al desinterés, lo cual puede encauzar a que sólo algunos familiares, principalmente la madre o la pareja de padres, asuman la responsabilidad de cuidar y apoyar al paciente. Para los familiares, él se debe sentir apoyado y esto debe ser así porque quizá es lo que no sucede en el núcleo familiar. El deber de cuidarlo puede ser una demanda social de establecer redes de apoyo con familiares y la comunidad.

Los problemas y necesidades de las personas con una enfermedad mental y sus familiares responsables son diversos y complejos y están marcados por la dependencia. Es necesario destacar la sobrecarga depositada en el responsable y los efectos en todo el grupo familiar en su organización, interacción y emociones, lo cual implica niveles altos de estrés entre los familiares que conviven con el paciente. Es común que el responsable presente problemas múltiples y vea interrumpido su ciclo de vida debido a que su atención está centrada en el enfermo.

En el caso del HPFS, la figura legal del familiar responsable del paciente con esquizofrenia paranoide es clara, con quien se establecerá un vínculo institucional para

abordar temas relativos a la hospitalización parcial, seguimiento y tratamiento. Cuando el paciente es dado de alta, el responsable será informado y se encargará de garantizarle un lugar donde vivir. En el caso del HPFS, el responsable comúnmente es un familiar cercano, como la madre, el padre o hermano.

El programa del HPFS establece que, como parte del tratamiento del paciente, los familiares responsables deben asistir al programa de atención familiar de manera que se informen sobre la enfermedad de su paciente, su evolución y su tratamiento. En algunos casos, el familiar responsable acude al servicio en compañía de otros familiares e, incluso, de amigos, donde se informan que ellos deben brindar cuidado al paciente en su hogar, vigilar la administración de los fármacos prescritos y, en caso de recaídas, llevarlo al servicio de urgencias del hospital.

El hecho de que haya un familiar jurídicamente responsable del paciente psiquiátrico es un procedimiento legal que trata de evitar que el paciente sea abandonado en el hospital y, en consecuencia, sea transferido a una institución pública que lo aloje. El potencial abandono es un efecto de la falta de redes sociales y servicios comunitarios destinados a brindar cuidados y tratamiento al enfermo. Al no haberlos, se conforma una especie de hiperresponsabilización hacia un familiar, lo cual tiene efectos adversos en su ciclo de vida.

Por ejemplo, una de las interlocutoras se siente defraudada por lo que le sucede a su hijo; a pesar del tratamiento que recibe, ella no identifica mejoría alguna por parte de él. La experiencia de estar en el HPFS suscita el discurso de estar en un callejón sin salida porque se les informa que la esquizofrenia es una enfermedad crónica incurable. Tratar de cambiar la relación entre la familia y el paciente le agobia y eso le crea la experiencia de sentirse defraudada.

T14: En mi caso, damos como un paso para adelante y dos para atrás. Pues en confianza, me defrauda... en mi caso me siento como en un callejón sin salida, para acá y para allá, trato de cambiar pero... ¡Ay, no sé! Estoy muy defraudada... Nada me funciona... es muy difícil (sollozos).

Los familiares llegan al HPFS con la posibilidad de encontrar respuestas, acciones y soluciones encaminadas a mejorar la salud del paciente y a que él retome las actividades que hacía antes de la aparición de la psicosis, tales como estudiar y trabajar, volverse

independiente económicamente y salir de la familia de origen para formar la propia. Por la gravedad del cuadro sintomático y por los efectos secundarios de los medicamentos, a los pacientes se les dificulta realizar actividades similares a aquellos que no tienen la enfermedad. Si a esto se suma los efectos desahabilitantes y de entretenimiento que caracterizan a los servicios de atención psiquiátrica, entonces, el HPFS representa una esperanza mínima para poder restablecer la salud del paciente.

El paciente se vuelve una carga económica y emocional puesto que, ante sus recaídas inevitables, la familia vive en estado de tensión constante y experimenta el fenómeno de puerta giratoria: aparición del brote psicótico, seguido del tratamiento farmacológico, disminución de síntomas, egreso del hospital, tensión familiar y nuevas recaídas. Este fenómeno es inherente al hospital psiquiátrico cuando es el eje de atención de servicios de salud mental.

En el marco del grupo focal con familiares, emerge el discurso de la desilusión porque los profesionales de la salud les informan que la esquizofrenia es incurable. A esto, los familiares responden que sólo ellos saben del sufrimiento que viven, experiencias que a los profesionales de la salud les son ajenas porque probablemente ellos no tienen a un familiar con esquizofrenia.

El sufrimiento de los familiares como respuesta a la inexistencia de otros recursos sociales de apoyo es un llamado de auxilio que queda en el vacío social. La imposibilidad de responder a este llamado es una de las prácticas instituidas en la sociedad, en el sistema de salud pública y en los servicios de salud mental, puesto que el ciclo del paciente con esquizofrenia está delimitado por la reducción de sus síntomas, la estabilización relativa y el reingreso al hospital. Se trata de un ciclo naturalizado como condición inherente a la cronicidad del paciente psiquiátrico, pero cuyos determinantes son sociales.

En el ámbito del grupo focal, la enfermedad del paciente también es representada como una consecuencia de los problemas de la pareja de esposos. Para uno de los interlocutores, los padres depositan en sus hijos los problemas de pareja y esto es el generador del caos familiar. Responsabilizar a los hijos de los problemas de los padres genera un ambiente conflictivo en la familia y es visto como el preámbulo de la aparición de la esquizofrenia.

T13: Creo que también se tocó, entre otros temas, cuando hay problemas entre el padre y la madre, este... los muchachos, los hijos, los que tenemos aquí, cargan mucho, esa carga, muy pesada, y se abocan ellos al problema, como si fueran ellos los culpables, o dejamos de decir que sean culpables, ellos no, sino que hacen culpable al padre o a la madre, que tiene la culpa o el que anda así, y se aboca y se pega al otro papá, y dice “No, me pasa esto, y lo otro”, bueno, y uno dice “¿Qué tiene que estar cargando con esto si la culpa es del padre o de la madre, o los dos juntos?” Y se abocan a esto, y yo siento que esto les hace mucho daño a ellos, andar cargando culpas que no son de ellos sino de los padres, tanto la madre como el padre. Y eso da pauta, en mi caso, eso da pauta como dicen, como olla exprés, ¡paz!, explota en algún momento, y ya se viene la esquizofrenia, ya se viene... no nada más eso... ¡Ay, en un ratito se vuelve la casa un caos... ya, así está la esquizofrenia!

Los problemas de la pareja de esposos pasan a segundo plano cuando aparece la enfermedad del paciente. El malestar generado por este conflicto es encubierto por una atmósfera de miedo. Entonces, en ellos sobreviene un sentimiento de culpa ante su familiar enfermo; ante la culpa sucede la sobreprotección y el rechazo. La tensión generada entre sobreprotección y rechazo es una de las posibles vivencias de los familiares.

En el ámbito del grupo focal, algunos interlocutores destacaron que la vida familiar está atrapada por los problemas de la pareja de esposos y padres, en sus conflictos no resueltos que son depositados en los hijos. Ante estos señalamientos, una interlocutora, sugiere al grupo que los padres resuelvan sus problemas ya que eso tiene consecuencias en la salud de los hijos, es decir, ella objetiva los problemas de esposos como causas de la enfermedad mental.

En la discusión grupal la pareja de padres es considerada como el origen de la enfermedad de la esquizofrenia. Cuando el cuadro aflora, esos problemas se vuelven secundarios y la atención se desboca al cuidado y vigilancia del paciente. Los problemas no resueltos de los padres pueden estar relacionados con la sobreprotección hacia el paciente por parte de uno de los miembros de la pareja o por ambos.

De acuerdo con las TS, suele ser la madre del paciente quien más se preocupa por su estado de salud al grado de que no lo deja crecer porque ella administra su vida cotidiana. La madre es objetivada como una figura sobreprotectora y en su afán de ayudar al paciente, puesto que lo considera incapacitado, trata de anular su enfermedad y, con esto, su persona. Al hacerlo, la madre se fusiona con el paciente aunque él muestre resistencia o a pesar de que los demás familiares interfieran para evitar ese tipo de relación. Cuando ellos

advienten la tendencia sobreprotectora de la madre, es común que ella reaccione con enojo hacia los demás miembros.

Para las TS, este fenómeno sobreviene cuando aparece el cuadro psicótico del paciente; las madres lo tratan de sobreproteger porque se sienten culpables por lo que hicieron, no hicieron o dejaron de hacer en el pasado; se trata de un sentimiento de culpa que surge por desconocimiento de la naturaleza de la enfermedad mental, por el miedo a que el paciente vuelva a recaer y se comporte de forma distinta a los demás.

La madre trata de dar todo al paciente para mantenerlo tranquilo, para que la familia no vuelva a vivir el drama de acudir al hospital psiquiátrico. Puesto que la sobreprotección es considerada como una de las características inherentes de la familia del paciente, entonces, el HPFS debe promover el cambio de ese tipo de relaciones. Se trata de trabajar la autonomía del paciente, puesto que se establece una relación como contenedora de los problemas de la familia y los del paciente.

La sobreprotección sugiere un modo de detener el tiempo y de inhibir los cambios familiares, puesto que eso implica la transformación de las relaciones y la desestabilización de las formas de convivencia. Para una de las TS, la familia del paciente psicótico no avizora el hecho de que la madre algún día partirá, lo cual les impide mirar hacia el futuro y mantiene estancadas las pautas de interacción familiar. Para la familia del paciente con esquizofrenia paranoide las relaciones entre sus miembros son inmutables.

La sobreprotección se establece en la relación madre-paciente porque los hermanos y el padre comúnmente rechazan al enfermo. Esto puede generar una serie de conflictos en las relaciones familiares porque la atención se centra en el paciente a partir de la madre, quien más de la veces dirige la vida familiar. Pero habría que cuestionar si la sobreprotección también puede ser inducida por el equipo terapéutico, el cual desatiende los problemas familiares del paciente, puesto que sus prácticas las orienta al control de síntomas y a la modificación de las pautas de comportamiento entre los familiares y el paciente.

4.3 Familia y orden social

En este apartado abordaré la función de la familia en relación al orden social como parte de los elementos periféricos de la representación de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide. Puesto que la inadaptación del enfermo evidencia el fracaso de la familia como entidad socializadora, entonces, tanto los familiares como los profesionales de la salud objetivan que las intervenciones familiares están orientadas a reeducar a la familia del paciente con el fin de readaptarlo al orden social.

4.3.1 Familia normal

El concepto familia teje una red de significados normativos y estereotipados. Cuando pregunté a las TS qué era la familia, lejos del discurso sobre la familias del paciente esquizofrénico, donde se señalan los conflictos, el rechazo hacia el enfermo y las condiciones de vida precarias, ellas objetivan a la familia como una unidad socialmente normal y funcional.

TS1: La familia, para mí es el grupo primario, como lo he dicho a lo largo de la entrevista, es el grupo primario que conoce el ser humano, y es el que moldea al ser humano, con sus... pues con toda la gama que conlleva de formación, de los padres, dándole estos valores, este... ese afecto, y pues todo, creo que una personal, inclusive cuando la vemos dice, en un primer momento, no sé si es una familia funcional o disfuncional.

TS2: La familia es muy, muy importante en el sentido de que siempre te brinda el apoyo y ahí va a estar, y es lo mismo que le decimos al paciente, la familia nunca va a dejar de ser tu familia, independientemente que salgas y comiences a hacer también tu propia vida, las cosas que tienes que hacer; y la familia juega un papel importantísimo de estar en los momentos difíciles y en los buenos, y es ahí donde tienes que ver cómo puedes desprenderte de tu familia y estar con tu familia, como el doctor dice, ni tan cerca ni tan lejos... para mí, la familia juega un papel muy importante.

El discurso de las TS caracteriza a la familia por medio de términos normativos tales como: es la base de toda persona, la familia está contigo en los momentos difíciles y en los buenos, es la que da afectos y bienestar, es el grupo que siempre brinda apoyo y ahí estará, uno debe de ver cómo desprenderse de ellos y cómo estar con ellos, se trata de un grupo primario, el cual forma al ser humano con valores, lo educa y le inculca el sentido del respeto por los demás.

Los miembros del equipo terapéutico son personas que hacen su vida fuera del hospital psiquiátrico con base en la normatividad social instituida, esto es, ellos no escapan al hecho de evocar y apearse al orden social puesto que, en caso contrario, eso significaría ser un desviado y colocarse en una posición socialmente estigmatizada.

Las categorías relativas a la familia normal demuestran una naturalización y adscripción al orden social, al deber ser, al ideal de la familia nuclear que es aceptada como una característica de normalidad. Se trata de un mecanismo de anclaje del campo representacional que tiene por efecto la generalización de la familia como instancia cuidadora. La familia nuclear corresponde a un mecanismo socialmente instituido y generalizado de lo que debe ser la familia, esto es, aquella entidad social que permite el desarrollo del individuo a partir del apoyo, el afecto positivo y las relaciones sanas.

En el contexto del grupo focal, una de las primeras preguntas que realicé fue qué significa la familia para los asistentes. Ellos evocaron que las personas se unen para tener una pareja, para tener hijos y para formar una familia; tener una familia se convierte en una lucha en la vida. Para ellos, la familia es comunicación y valores, de lo cual deduzco que en la familia existe un ambiente de cordialidad y respeto por las personas con quienes se convive.

F2: Bueno, nosotros en lugar de poner frases de lo que significaban nuestras propias familias, escribimos solamente palabras, pero yo creo que estas palabras nos dan realmente el contexto o el significado qué es familia. Nosotros pusimos que se dan valores, se da moral, hay moral, hay apoyo, comunicación, colaboración, hay comprensión, hay cariño, hay amor.

F2: Hay entrega, también.

F3: Somos parte de algo... todos, de manera individual, pero juntos.

F5: Bueno, en nuestro caso, nosotros platicamos de algunas problemáticas familiares de cada quién que tenemos en su medio ambiente. Pero la conclusión es que la familia es importante para todos nosotros, en donde lo acaban de decir las señoras, pensamos lo mismo, donde *haiga* respeto, donde *haiga* unión, donde *haiga* responsabilidades y, pues todos luchamos por tener una familia. Por algo quisimos casarnos, tener una esposa, tener unos hijos, tenemos que apoyar ese núcleo que formamos. Y esa es la primer pregunta que usted nos hizo. Lo importante... no tenemos duda de que es importante la unión familiar, unir a la familia, respaldarla, y en las buenas y en las malas, siempre debemos unirnos familiarmente, siempre unidos en familia.

El discurso de los familiares suscita una tendencia a la integración a la norma, esto es, la familia como entidad básica y socializadora de las personas y, como tal, debe apegarse y guiar su vida cotidiana en el marco de parámetros socialmente establecidos. Ese algo que los hizo formar una familia se traduce en el deseo de convivir con alguien y tener descendencia; este tipo de discurso muestra la incorporación subjetiva de lo social. La familia, como un dispositivo normalizador, es una red significativa que orienta el deseo de las personas de inscribirse en el orden social y simbólico.

La familia se vuelve visible y es objetivada cuando surge un acontecimiento significativo como la enfermedad, la cual irrumpe su vida cotidiana. En el contexto del grupo focal, no hay una referencia de la familia si no es a partir de la enfermedad del paciente y de asistir a las sesiones orientadas a los familiares responsables del paciente psiquiátrico.

F2: Que, para mí, en lo personal, contestando a la primer pregunta, qué significa para mí en lo personal, pues es como el que no ve. Yo vivía mi vida normal, bueno, creía yo que era normal, o sea, trabajar para mi familia, según yo educando a mis hijos, bueno, ya lo hacía yo demasiado tarde, pero, o es lo que yo creía y, entonces, para mí, para mí era lo cotidiano, ser padre, ser esposo, yo era el jefe, yo era el yo.

F3: Pues, de qué significa mi familia para mí, pues yo creo, más bien creo que para todos es importante la familia, ¿no? Pero, a veces, no siempre, es como uno se imagina o como uno quiere, pues *ahorita*, mi familia, son mis hijos y yo, y a mí no me gusta decir, como el señor, que, ¡Ay, es una familia disfuncional! Pues a lo mejor así se cataloga. Pero a mí no me gusta porque creo que estamos mejor así que como estábamos antes, que era según la familia completa o como debe de ser.

E: ¿A qué se refiere con la familia completa o como debe de ser?

F3: Ajá, sí, porque, bueno, em... pues como dice mi amiga, “Oye, ¿que no te arrepientes de haberte divorciado?” Pues sí, pero de no haberme divorciado... antes, ¡jaja! Mucho antes, ¡jaja!, de que empezaran todos los problemas, de que... los hijos se dieran cuenta de que... de toda esa situación, de lo que para mí fue muy feo, de que ya nos faltábamos al respeto, y toda una situación muy fea que se fue dando y que uno, bueno, al menos yo, como mujer, toleraba o aceptaba por esa idea, ¿no?, de ¡Ay, no, hay que conservar el matrimonio! ¡Ay, no, yo me casé, no me voy a divorciar! No, no, no, ¿cómo? Tanto esas cosas que, por eso le decía, según es, el concepto que se tiene de familia, pero que para mí no fue, o sea, no siempre fue así, pero ya al final no fue nada agradable. Y si ahora somos una familia disfuncional, bueno, pues, para mí es mejor estar así que en el familia que, digamos, es normal.

4.3.2 Reeducción

De acuerdo con las TS, es común que la familia solicite los servicios del HPFS para tratar al enfermo después de haberlo llevado a otras instituciones de salud donde no fue atendido, de haber pasado por la experiencia de la hospitalización o de haber sido canalizados por el HD o la consulta externa del HPFBA.

El programa del HPFS establece que la finalidad de trabajar con la familia del paciente es brindarle información sobre la esquizofrenia, su evolución y tratamiento con el propósito de fomentar una actitud de aceptación hacia la enfermedad y el paciente. En cambio, para las TS, el servicio tiene como propósito reeducar a la familia, es decir, propiciar la transformación de sus relaciones familiares para que puedan entender, aceptar y solucionar los problemas relativos al curso de la enfermedad del paciente, puesto que él es continuamente rechazado del ambiente familiar.

E: Reeducción. ¿Qué significa reeducar... a una familia...?

TS1: Pues digo que sí, les enseñan la forma de comunicarse, hay personas que se comunican con violencia, o que se comunican muy poco con sus familiares, y entonces aquí, el terapeuta se encarga de hacer, qué será... aplica ciertas técnicas y deja tareas para que, por ejemplo, en el caso de los afectos, qué sienten cuando alguien les pone la mano... cuando alguien tiene un problema, cuando alguien les dice “no te preocupes, yo estoy contigo”, le da una palmadita, y entonces ¿qué sienten? “Pues me siento que estoy acompañado, me siento que no estoy, este, sólo, me siento reconfortado, me da ánimos de continuar en lo que estoy, aunque estoy muy triste, yo continúo con mi problema”. Pero para bien, tratando de mejorar las cosas.

El origen del término reeducación en el discurso de una de las TS proviene de las actividades de los grupos psicoeducativos y del taller de resolución de problemas, los cuales se caracterizan por ser espacios que abordan los conflictos familiares y se brinda información que puede ser utilizada para solucionarlos. De acuerdo con los lineamientos del programa, el trabajo con familias tiene el propósito de disminuir la carga afectiva negativa y la actitud de rechazo de los familiares hacia el paciente designado.

Sin embargo, con base en el discurso de las TS, esos espacios enseñan la forma de comunicarse, de lo cual puede deducirse que para ellas el objetivo de este tipo de tratamiento está en función de propiciar cambios en las relaciones familiares, lo cual no sería un ejercicio terapéutico, por el contrario, existiría una fuerte tendencia a violentar el

ambiente familiar. Entonces, la representación de las TS sobre el taller de resolución de problemas y el grupo psicoeducativo es orientar las prácticas de los familiares para modificar sus estilos de comunicación hacia sus pacientes.

Además, la representación de este tipo de trastrocamiento por parte del equipo clínico puede ser una forma de respuesta ante la inexistencia de apoyo y acompañamiento extrahospitalario, puesto que una vez que el paciente es dado de alta, tanto a él como al familiar responsable se les indica buscar tratamiento en otros espacios terapéuticos, los cuales se reducen a la consulta externa o, en caso de presentar una crisis, al servicio de hospitalización.

Dado que las TS son conscientes de esta situación, entonces, su discurso está centrado en mejorar la vida de los pacientes al intervenir con técnicas y estrategias orientadas a propiciar la aceptación del paciente, de manera tal que los familiares incorporen información que les permitan soportar los niveles de tensión generados por su comportamiento. Este tipo de representación se fundamenta en una violencia velada al ambiente familiar, puesto que ellas ni modifican las relaciones de la familia del paciente y ellos cuentan con pocos servicios terapéuticos que apoyen el tratamiento del paciente una vez que egresa del hospital.

Además, aunque la información sobre el ambiente familiar se encuentra disponible en el expediente, su uso está acotado a trabajo social en términos de dar seguimiento a las cuotas de pago de los servicios psiquiátricos. Para las TS, la mayor parte de los psiquiatras focalizan sus intervenciones a la asistencia individual, razón por la cual, para ellas la información del expediente se convierte en un mecanismo de control de ingreso y egreso de los pacientes. Entonces, la ficha familiar se reduce a un procedimiento burocrático y condensa información útil para mantener actualizados los pagos de los servicios clínicos.

Es de llamar la atención que las TS refieran que el HPFS reeduca a la familia, lo cual sugiere la idea de que ellas hacen tabla rasa de los pacientes y sus familiares, de manera que sus representaciones sobre la familia del paciente está delimitada por la búsqueda del cambio de actitudes y modelos de comunicación a partir de técnicas conductuales relativas a la fundamentación del eje de atención familiar.

En el servicio se les sugiere que el miedo al paciente y a su locura se debe al desconocimiento de la esquizofrenia y la prescripción médica es que se tiene que enfrentar la enfermedad. Esto quizá genera tensiones en los familiares puesto que no se puede aceptar la enfermedad por una actitud espontánea o por haber acudido a algunas sesiones del grupo psicoeducativo. Primero, el paciente es considerado un enfermo y, en consecuencia, se le excluye del ambiente familiar; la institución psiquiátrica etiqueta a la persona con un diagnóstico clínico; la familia rechaza la enfermedad y al familiar que la sufre; el servicio indica aceptar esa realidad; la familia o los familiares se ven atrapados en un callejón sin salida, sin más opciones que aceptar el estado actual de las cosas.

Enfrentar la esquizofrenia es una responsabilidad que genera tensiones en los familiares responsables y cuidadores. El eje de atención familiar brinda información que, eventualmente, los familiares pueden utilizar para orientar su vida cotidiana en relación con el paciente designado. Sin embargo, este estado permanente de vulnerabilidad y tensión es uno de los efectos generados por el HPFS. Los pacientes y los familiares sólo están de paso en el servicio, pero éste no brinda otras alternativas de tratamiento y acompañamiento terapéutico, salvo los servicios de consulta externa y hospitalización.

El hospital psiquiátrico cierra las posibilidades de cambio de las actitudes hacia la esquizofrenia planteados en el modelo del HPFS puesto que carece de vínculos sectoriales e infraestructura para hacer transitar a los pacientes a ambientes favorables y reinsertarlos en la sociedad, en consecuencia, una vez que los pacientes son dados de alta, algunos de ellos recaen y vuelven a ser hospitalizados.

Entonces, el tema a resolver es la institucionalización del paciente psiquiátrico y las prácticas hospitalarias como eje de tratamiento, hechos que impiden modificar las prácticas y los discursos puesto que fuera del HPFS hay un vacío social como para atender al paciente y que él viva en la comunidad. Las prácticas psiquiátricas del HPFBA están plegadas sobre sí mismas; al hacerlo, despiertan falsas esperanzas de mejorar la vida de los pacientes y sus familiares.

4.3.3 Intervenciones

A la luz de los psiquiatras, la terapia de familia quedaría como un tema pendiente. A pesar de esto, el trabajo con familias tomó otro curso, cuya coordinación quedaría en un psiquiatra adscrito al HPFS. Esto puede explicarse debido a que, de acuerdo con la entrevista, el primer equipo conformado fue desmantelado por las autoridades de la institución cuando al parecer se habían abierto las posibilidades de encauzar un trabajo sistematizado y fundamentado teórica y metodológicamente.

De acuerdo con los psiquiatras interlocutores, en los inicios del HPFS sólo había dinámicas familiares, una modalidad de intervención que se caracterizaba por actividades de integración y socialización sin fundamentos teóricos y metodológicos sólidos. Quienes iniciaron con las dinámicas familiares eran pasantes de psicología bajo la coordinación de un adscrito, pero quienes ya no continuaron en la conformación del servicio en los años siguientes.

De acuerdo con los dos psiquiatras, la intervención con las familias de los pacientes no funcionó porque nunca se conformó un equipo en este ámbito. De hecho, los médicos refieren que lo único que pudo consolidarse fue la orientación familiar, la psicoeducación y el taller de resolución de problemas. Para ellos la prioridad era la creación de un modelo de terapia familiar que nunca tomó forma.

MP2: Esto es lo otro. Y lo de familias, pues *nomás* nunca funcionó, nunca terminó de dar el salto porque es difícil, o sea, no hay un equipo de familias, el modelo que... G. va como en contrasentido siempre de la idea general, G. termina haciendo alianza con la familia, nunca se replantea zafar al paciente de su lugar. No hay forma porque técnicamente no había terapia de familia, nunca ha habido. ¡Es bien *huevo*! Nunca ha habido un modelo de terapia familiar. Yo le pedía... nunca ha habido terapia de familia.

MP1: Ya cuando había terapeuta de familia, salió corriendo la terapeuta de familia...

MP2: ¡Otra *pinche huevo*! Porque les dijimos, “el que haga el modelo de terapia de familia grupal...” Porque estaba imposible, o una terapia de familia breve en una secuencia de sesiones, que además era de *huevo*, era *nomás* copiarlo de algún lado, no era inventar. Entonces se quedan en el modelo de orientación familiar...

La idea de que había dos terapeutas familiares negligentes radica en el hecho de que ellos nunca concretaron un modelo de terapia familiar breve, el cual estuviera enfocado a

desvincular al paciente del rol de paciente identificado; por el contrario, en la opinión de los psiquiatras, uno de los terapeutas familiares se aliaba con la familia, lo cual se contraponía con el propósito de la psicoterapia breve grupal. Pero, ¿en qué consiste ese contrasentido?

La terapia familiar, los modelos psicoeducativos, la emoción expresada y el taller de resolución de problemas concuerdan en el hecho de que para mejorar la atmósfera social del paciente él debe contar con redes de apoyo extrahospitalarias. Para lograrlo, quienes trabajan en estos modelos lo hacen a partir de ver a la familia como un recurso terapéutico y no como un obstáculo para su rehabilitación psicosocial.

En contraparte, el modelo la psicoterapia grupal breve que propusieron los psiquiatras entrevistados se basa en el supuesto de que la familia del esquizofrénico no logra establecer relaciones objetales sanas, esto es, promueve una estructuración psíquica escindida en el paciente. En consecuencia, la tarea del modelo del HPFS radica en desetiquetarlo y desvincularlo de ese tipo de relaciones.

Uno de los temas controversiales es el modo de trabajar con los familiares del paciente psiquiátrico. Para los dos psiquiatras, el foco de atención debe estar en rescatar al paciente de su ambiente familiar, lo cual se traduce en una forma de victimizarlo y, en consecuencia, se estigmatiza moralmente a la familia. Habría que añadir que los dos psiquiatras carecen de formación en el trabajo con familias y en la terapia familiar, razón por la cual demeritan el hecho de que la familia del paciente psiquiátrico pueda ser uno de los recursos sociales fundamentales en la rehabilitación psicosocial del paciente.

MP2: Hubo un tiempo en que implementamos psicodrama educativo para familias, cuando todavía estaba, cuando estuvo V. y A. Psicodrama educativo y taller de solución de problemas. ¡Qué no estaba mal planteado! Lo que nunca hubo es este elemento de terapia familiar con extensión unilateral. Sólo cuando iba a haber una sesión, pero no había un seguimiento hacia la familia para desvincular al paciente de ese rol de paciente identificado.

Si el objetivo era desvincular al paciente del rol de paciente identificado, entonces, la familia estorbaba para tal propósito. Además, como lo muestra la información sobre la conformación del HPFS y lo confirma el discurso de los psiquiatras, el tema del trabajo con familias y la consolidación de un equipo de trabajo en este tipo de intervención quedó como un tema pendiente debido a que el personal carecía de conocimientos teóricos y metodológicos para atender a la familia del paciente con esquizofrenia. De ahí que se diera

prioridad a la psicoterapia breve grupal y a los otros programas orientados al trabajo individual con el paciente como el grupo de orientación y asistencia terapéutica y el grupo de transición.

REFLEXIONES FINALES

1. Inventario

El pensamiento moderno ha constituido saberes y verdades sobre la locura, la psicosis, la enfermedad mental y los trastornos mentales. Rastrear su génesis implica comprender los modos en los que la sociedad y el Estado han dado respuesta a estos fenómenos y los fundamentos que los sostienen. Al hacerlo, la investigación psicosocial puede dar cuenta de la historicidad de los discursos y las prácticas de la psiquiatría y del campo de la salud mental, y con esto, dirimir cómo se construye la representación social de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide.

El poder disciplinario, como una primera aproximación a la institución psiquiátrica, es una perspectiva paradigmática para comprender la génesis social de la psiquiatría y sus instituciones. Por supuesto, pareciera que esta lectura tiene una tendencia a descalificar las aportaciones de la psiquiatría como ciencia y, proviniendo de una figura de autoridad como lo es Michel Foucault, las contracríticas son inocuas. Sin embargo, el poder disciplinario da cuenta de que el mundo moderno ha sido posible por una racionalización de tecnologías y modos de subjetivación del sujeto, donde la psiquiatría es tan sólo uno de sus mecanismos.

Abundar sobre el sentido de la sociedad disciplinaria implica la idea de que las ciencias humanas poseen una relativa autonomía en su lógica interna; de hecho, están determinadas por las condiciones sociales, tales como la ideología, los valores, la moral, la religión, las leyes y las normas. Las aportaciones teóricas del poder disciplinario no se reducen al carácter de denuncia y desmitificación del campo de la ciencia, sino que establecen un modo de comprender históricamente las formas de subjetivación del sujeto moderno.

El orden manicomial y hospitalario han sido maneras de atender el problema de la psicosis. Pero, ante los límites que impone su comprensión inmediata, la psicosis ha sido un problema negado. No obstante, las instituciones totales dan cuenta del poder que ejercen en la conformación del yo del paciente psiquiátrico. Siendo que las prácticas de encierro están instauradas en una sensibilidad moral para evitar que el psicótico sea un peligro para sí mismo y para los demás, están socialmente justificadas, aceptadas y demandadas. Es

controversial decir que el poder psiquiátrico y las prácticas de encierro son absolutamente arbitrarias, cuando la sociedad, las comunidades y las familias también demandan su aplicación cuando detectan signos de anormalidad en un individuo.

La psiquiatría crítica, caracterizada por el pensamiento de la antipsiquiatría y del movimiento antiinstitucional, ha sido poco entendida y sus cuestionamientos a la psiquiatría biomédica han sido descalificados por lo radical de sus argumentos. A más de cincuenta años, retomar su carácter de denuncia sobre la excesiva tecnificación de los servicios de salud mental y el problema irresuelto de los trastornos mentales promueve cuestionarse qué tanto ha cambiado la situación social del paciente psiquiátrico en nuestra sociedad y a qué se aspira en este ámbito.

Quizá los planteamientos de la psiquiatría crítica son irrelevantes en países donde los servicios de salud mental se han adherido al paradigma biomédico. El sólo hecho de evocar el cierre del hospital psiquiátrico y sacar a las calles a los pacientes, sugiere la idea de que la psiquiatría crítica carece de perspectiva. Por el contrario, su carácter de denuncia está acompañada por cuestionar los problemas relativos a los trastornos mentales, transformar paradigmas y modificar el campo de la salud mental con base en perspectivas comunitarias. La psicosis en la comunidad como parte de la realidad humana.

No obstante, la salud mental comunitaria como condición de mejora del tratamiento a las personas con trastornos mentales, si bien tiene un carácter positivo, me parece que debe ser discutido a la luz de otras investigaciones. La comunidad supone una forma de proteger a sus miembros ante la amenaza vigente de fragmentación de los lazos sociales, sufrimientos psíquicos, pobreza, abandono, drogadicción, entre otros; sin embargo, los mismos elementos protectores suponen, paradójicamente, amenazas a la vida en comunidad, como lo han demostrado las prácticas eugenésicas y de control racial.

Sin duda, la psicosis en la comunidad supone el cambio de paradigma y de prácticas sociales hacia las personas con algún trastorno mental, lo cual implica modos de representación distintos. Sin embargo, como ha sucedido en la redacción de este trabajo, el pensamiento social está inundado por un exceso de sentido proveniente del paradigma biomédico. Y no se trata tan sólo de modos de nominar, sino que indican su función social

en relación al tema de los trastornos mentales: siendo problemas cuyas causas radican en el cerebro, los tratamientos farmacológicos están legitimados y lo social resulta irrelevante.

La esquizofrenia ha sido foco de debates tanto por su acuñación como por su terapéutica. En los últimos treinta años, la psiquiatría biomédica ha renunciado a la elucidación fenomenológica, psicodinámica, psicoanalítica, social y comunicativa; en su lugar, ha instaurado una perspectiva que reduce los sufrimientos psíquicos a trastornos neurocognitivos y, con esto, la invención de tecnologías como panaceas para la solución de conflictos familiares, comunitarios y colectivos.

Los hallazgos de las investigaciones biomédicas han ampliado los conocimientos sobre la bioquímica del cerebro y los efectos que ciertos fármacos tienen en el funcionamiento cerebral. No obstante, resulta controversial la inexistencia de evidencias sólidas sobre el papel que juega la bioquímica en relación a la esquizofrenia. De hecho, se ha comprendido más acerca de los efectos secundarios de los medicamentos que de la esquizofrenia misma.

El abandono paulatino de teorías psicosociales amplias, profundas, problemáticas y, por supuesto, controversiales sobre la esquizofrenia no es privativo de la psiquiatría biomédica. La crisis de representación y legitimidad de las instituciones modernas ha dado lugar a la proliferación de medicinas del alma y el cuerpo que, ante la demanda de respuestas inmediatas a los conflictos psíquicos y sociales, se han diversificado y, al hacerlo, descubren lo que aquellas mismas propagan.

De hecho, la sociedad de consumo y su exceso puesto en la individualidad del sujeto moderno promueve que los trastornos mentales sean abordados a corto plazo y bajo enfoques teóricamente menos problemáticos y, al hacerlo, se evaden temas fundamentales del desarrollo humano, la estructuración psíquica del sujeto, la vida cotidiana de las familias, la vida en comunidad y la fragmentación de los lazos sociales. De ahí la importancia de incursionar en la familia porque ha sido una institución capaz de transformarse y devenir sujeto social y da puntos de reflexión sobre la restitución de los lazos sociales fragmentados.

2. Campo y representaciones

En las condiciones objetivas de la institución psiquiátrica identifiqué tres dimensiones que han penetrado en el pensamiento social: en primer lugar, la esquizofrenia es un trastorno mental; en segundo lugar, la familia es caracterizada como una unidad productora de trastornos mentales y, por último, las prácticas psiquiátricas están orientadas por una implacable medicalización hacia el paciente. A partir de estas dimensiones, el conocimiento del sentido común estructura, naturaliza y generaliza el campo representacional de la familia de la persona con esquizofrenia paranoide.

El hospital psiquiátrico es el eje de atención de los servicios de salud mental en el mundo. Esto significa que la institución psiquiátrica determina el sentido social y terapéutico sobre los trastornos mentales, el cual ha penetrado en el pensamiento social porque es parte de la estructura sociocultural de las sociedades modernas.

En el caso de esta investigación, las representaciones sociales sobre la familia del paciente con esquizofrenia paranoide están objetivadas conforme al modelo biomédico y, en consecuencia, el pensamiento social generaliza que ese trastorno mental sólo puede ser tratado en los hospitales psiquiátricos.

La implacable medicalización del paciente psiquiátrico conduce a que los problemas psicosociales de la familia sean abordados como parte de la rehabilitación del paciente, esto es, los conflictos familiares son abordados conforme a la lógica del esquema biomédico y, con ello, reducen la posibilidad de pensar más allá de los límites de las prácticas instituidas por el hospital.

Al considerar la génesis histórica de los servicios de salud mental, el hospital psiquiátrico orienta sus dispositivos de intervención psicosocial con base en esquemas normativos, adaptativos y reeducativos porque la familia ha fracasado en su tarea de social de formar sujetos sanos. Entonces, la familia del paciente es objetivada como una entidad patológica y, con ello, se naturaliza el hecho de que sus conflictos sean desencadenantes de trastornos mentales.

3. Sistemas central y periférico

La representación social de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide está organizada alrededor de un núcleo central, el cual se caracteriza por las producciones de sentido sobre la esquizofrenia como enfermedad mental. Se trata del elemento fundamental, estructurante y estable de la representación, por medio del cual se inscriben otros elementos constitutivos, tales como su violencia inherente y productora de enfermedades. Al ser un elemento estable, el núcleo central unifica esos elementos constitutivos, o sea, el sentido social de la esquizofrenia determina que la familia sea objetivada como una unidad enferma.

El núcleo central está protegido por sus elementos periféricos. En este caso, la objetivación de la familia normal establece una dicotomía entre lo normal y lo patológico, enfermo-no enfermo, razón por la cual, si el paciente es tan sólo una manifestación de la patología familiar y es el único que presenta síntomas, la familia debe ser reeducada para permitir la construcción de una atmósfera familiar que funcione como bisagra para el orden social y que garantice su resocialización, reeducación, readaptación y reinserción social.

Los elementos periféricos están establecidos, por un lado, mediante la objetivación, o sea, la naturalización de familias mentalmente enfermas y, por otro, a partir de mecanismos de anclaje, es decir, la generalización de que son familias cuya vida debe ser transformada para evitar las recaídas del paciente y favorecer su rehabilitación, readaptación y reinserción social.

Para los familiares de los pacientes, la esquizofrenia paranoide es objetivada como una enfermedad de la mente, cuyo origen radica en los conflictos psicosociales que el paciente ha experimentado en su familia; además, la familia es objetivada como disfuncional, es decir, incapaz de socializar sujetos mentalmente sanos porque la génesis de sus conflictos comienzan a partir de los problemas de la pareja de padres, los cuales son transferidos a las relaciones con sus hijos.

Dicho de otro modo, si la objetivación de la familia del paciente es la de una unidad conflictiva, disfuncional y productora de trastornos mentales, el mecanismo de anclaje generaliza que las enfermedades mentales son originadas por las figuras parentales y las relaciones familiares establecidas a partir de ellas.

Para los profesionales de la salud mental, la esquizofrenia es un trastorno mental cuyas causas son biológicas y, por ende, el tratamiento para los pacientes es eminentemente farmacológico. Debido a que su recuperación y posibles recaídas son determinadas por las relaciones familiares conflictivas, la rehabilitación psiquiátrica consiste en readaptarlos y reinsertarlos socialmente a la sociedad y sus familias. Además, para ellos la familia del paciente es una unidad productora de psicopatologías debido a la violencia que la caracteriza.

Desde esta perspectiva, la familia es blanco de intervenciones en dos sentidos: en primer lugar, debido a que la familia rechaza al paciente, entonces, las intervenciones deben estar enfocadas a modificar la actitud negativa hacia la esquizofrenia y sus pautas de convivencia y, en segundo lugar, debido a que los conflictos familiares son factores precipitantes de las recaídas del paciente, entonces, las intervenciones deben desvincular al paciente de la familia y lograr su autonomía. Entonces, la familia es representada como un obstáculo para la rehabilitación del paciente psiquiátrico.

En suma, en el caso de esta investigación, la representación social de la familia del paciente está determinada por las prácticas hospitalarias, las cuales son efecto de una génesis social del modo en el que la sociedad ha dado respuesta al problema de los trastornos mentales y, en consecuencia, su transformación está condicionada por la modificación de dichas prácticas. El hecho de que los profesionales y los familiares objetiven que las causas del trastorno radican en los conflictos familiares sugiere las insuficiencias explicativas y terapéuticas del paradigma biomédico.

4. Implicaciones metodológicas

Existen varios temas problemáticos e irresueltos del dispositivo de investigación, cuyo origen radica en la elucidación ambigua de los elementos que lo constituyen, lo cual opaca el sentido de este trabajo de tesis. Con el fin de esclarecer este problema, trataré de explicitar la línea de pensamiento que me llevó a asumir la entrevista a profundidad y el grupo focal como dispositivos de intervención.

En primer lugar, utilicé el concepto de dispositivo como un instrumento de visibilidad, enunciación y poder, líneas entrecruzadas que se suscitan unas a otras por

medio de variaciones (Deleuze, [1986] 1990: 155-158). Al ser un instrumento de visibilidad y enunciación, el dispositivo me permitió dirimir los saberes y poderes de la institución psiquiátrica y del campo de la salud mental, cuyas disposiciones se materializaron tanto en el planteamiento del problema como en el proceso de intervención.

De hecho, uno de los temas no resueltos del planteamiento del problema es la evasión a seleccionar a los pacientes con esquizofrenia paranoide como interlocutores clave. En este trabajo, aunque se aborda un trastorno mental específico, los actores principales los dejé fuera de escena, de ahí que el campo representacional de esta investigación sea una construcción inacabada. Si bien los dispositivos de intervención produjeron líneas de visibilidad, también ocultaron la subjetividad del paciente. ¿Error de método? Sí, por supuesto. Y también un efecto de lo social en el investigador, quien fue incapaz de franquear la ansiedad que produce el encuentro con la psicosis.

Uno de los obstáculos enfrentados pero irresueltos por el dispositivo de la entrevista fue la ansiedad producida tanto en los interlocutores como en el entrevistador, cuestión que pudo ser trabajada previamente considerando que la entrevista es un instrumento básico del método clínico y una técnica de investigación científica en psicología (Bleger, [1964] 1985: 9). Ante el estado de incertidumbre y los efectos ansiógenos de la entrevista, el encuadre es uno de los elementos que permite mantener lo acontecido dentro del límite de la flexibilidad de la entrevista.

Sin embargo, el uso y abuso de mi palabra intentó obturar los efectos ansiógenos y con esto, la producción de subjetividad de los interlocutores. Las consecuencias fueron aproximaciones superficiales a los temas abordados en la entrevista, con la consecuente pobreza del material discursivo. Este hecho indica que en el caso de esta investigación, la entrevista fue utilizada sin revisar previamente su definición, posicionamiento y sentido en el ámbito de la intervención, lo cual es un efecto de sobreponerla a la metodología.

La entrevista debe ser utilizada como parte de la estrategia metodológica general, cuyos efectos en el terreno requieren ser analizados para ubicar su relación con el problema de estudio (Rivas, [1996] 2002: 205-206). Puesto que la entrevista requiere ser pensada en el ámbito del proceso investigativo, una aportación importante es su estatuto en el estudio de la subjetividad, entendida como una relación de narrativas, significados y experiencias y

relacionada con los procesos de significación y sentido correspondientes a contextos sociohistóricos (Rivas, [1996] 2002: 207-208; Baz, 1999: 79). Pensada así, la subjetividad de los profesionales y los familiares de los pacientes es resultado de expresiones particulares y temporales de los grupos e individuos, esto es, el acceso a la experiencia.

La noción de subjetividad como proceso de orden colectivo e individual se constituye y reconstituye mediante el entrelazamiento de códigos y, en el caso de esta investigación, de aquellos provenientes de lo social y del campo de la salud mental. De alguna manera, la elucidación de entrevista hubiera permitido articular la historia personal de los interlocutores con las condiciones del hospital psiquiátrico.

El grupo focal es otro de los elementos problemáticos del dispositivo de intervención. Es menester poner de relieve el hecho de que la literatura sobre las modalidades de entrevista grupal es escasa, cuyo contenido se limita a señalar aspectos prácticos tales como el *rapport*, la grabación y consejos para el entrevistador grupal, pero sus aportes son pobres en cuanto a su estatuto metodológico y epistemológico (Pando y Villaseñor, [1996] 2002: 225-226; Taylor y Bogdan, [1984] 2008: 101; Kamberelis y Dimitriadis, 2005: 886).

En el caso del uso del grupo focal, aunque su perspectiva está dirigida a abordar las producciones de sentido con interlocutores que viven en situaciones límite, deja de lado la elucidación de lo grupal. Además, aunque la teoría de las representaciones sociales ha abordado el término, lo hace a partir de la creación de grupos en situaciones de laboratorio, cuyas hipótesis aún han sido poco estudiadas en contextos no experimentales.

Siendo que el término grupo es una construcción relativamente reciente, conduce a pensar que el sujeto moderno piensa en la dicotomía individuo-sociedad, pero no en términos de grupo a pesar de que nuestra vida cotidiana la realizamos en el ámbito de asociaciones delimitadas (Anzieu y Martin, [1968] 1997: 13; Anzieu, [1975] 2007: 71). De hecho, el concepto de grupo ha emergido lentamente en la historia del pensamiento moderno porque tendemos a pensar al individuo y a la sociedad como un par antitético.

La teoría de las representaciones sociales refiere que la representación es de algo y de alguien, esto es, al ser sociales, las representaciones dan cuenta de los modos en los que los seres humanos objetivamos hechos sociales y los incorporamos al lenguaje que

posibilita la interacción cara a cara y, además, considerando la singularidad del sujeto, al representar algo lo hace a partir de su adscripción a una clase y grupo sociales de la cuales es un vocero, quiéralo o no.

Al asumir como social las representaciones, también di por sentado la posición social de los interlocutores; de hecho, pasé por alto la historia personal de cada uno de ellos, situación que puede ser profundizada al pensar el concepto de grupo y clase social. La posición asumida de que lo importante de una representación es su función social y no el agente que la produce, obtura la posibilidad de pensar el modo en el que el sujeto construye su realidad social desde el campo de lo singular.

La teoría de las representaciones sociales es clara en sus fundamentos epistemológicos, pero todavía tiene que transitar por senderos que le permitan articular sus procedimientos metodológicos para estudiar las representaciones sociales y las técnicas para la producción de subjetividad. No obstante las críticas, ofrece la posibilidad de desarrollar ideas que den cuenta de la forma en la que el conocimiento del sentido común construye la realidad social.

5. Cabos sueltos

El principal actor del campo de la salud mental es el sujeto con esquizofrenia paranoide y, paradójicamente, es el gran ausente en este trabajo de tesis. Por medio de la familia y los profesionales de la salud mental, hablé de ellos y sobre ellos, un efecto más de la génesis social de la forma de estudiar la psicosis. La negación de la palabra y la subjetividad del sujeto psicótico sugiere que sea tratado, mirado, reconocido y reinscrito como sujeto social y parte estructurante de la realidad social.

¿Qué hacer con el hospital psiquiátrico, la familia y el sujeto psicótico? Se trata de una pregunta ambigua cuya respuesta está ubicada en la comprensión de las instituciones que han dado respuesta al modo de representar y tratar los trastornos mentales. En mi opinión, el cierre del hospital psiquiátrico y la creación de servicios de salud mental comunitarios es una cuestión a ser pensada como parte de las crisis sociales que vivimos y la desigualdad en la distribución de recursos, bienes y servicios públicos.

El hospital psiquiátrico debe dejar de ser el eje de atención en salud mental y volverse uno de sus servicios, dentro de una red intersectorial que garantice servicios comunitarios orientados a la prevención de trastornos mentales y a la promoción de la salud mental. El diseño y la puesta en práctica de políticas públicas en salud mental pueden ser parte de un trabajo entre actores políticos, especialistas médicos y no médicos y la participación de los miembros de la comunidad.

La psicología social, en particular, ofrece posibilidades de retomar el pensamiento crítico y con ello, establecer puentes de discusión entre diversas escuelas de pensamiento que aborden la psicosis y la salud mental. Ante las soluciones inmediatas que ofrece el pensamiento pragmático, hay que orientar el pensamiento científico para enfrentar la incertidumbre que nosotros mismos construimos.

La transformación de las prácticas y las representaciones sociales en salud mental puede permitir pensar de otro modo los trastornos mentales y pasar de la hiperresponsabilización, culpabilización y victimización de los pacientes y sus familias a esquemas de participación comunitaria y colectiva. La anomia social ha sido generada por la misma sociedad y pensamiento moderno, pero también posee el potencial creativo para restablecer los vínculos sociales que la cuestión social fracturó.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric, Jean-Claude ([1994] 2004). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En Jean-Claude Abric (Dir.), *Prácticas Sociales y representaciones* (pp. 11-32). México: Coyoacán.
- Amarante, Paulo (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y salud psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anzieu, Didier y Jacques-Yves Martin ([1968] 1997). *La dinámica de los grupos pequeños*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, Didier ([1975] 2007). *El grupo y el inconsciente. Lo Imaginario grupal*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Araya Umaña, Sandra (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de ciencias sociales 127*. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Basaglia, Franco (1972a). Apuntes de psiquiatría institucional. En Ramón García (Dir.), *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* (pp. 19-45). Barcelona: Anagrama.
- Basaglia, Franco (1972b). La asistencia psiquiátrica como problema institucional. En Ramón García (Dir.), *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* (pp. 47-61). Barcelona: Anagrama.
- Basaglia, Franco ([1968] 1972). La institución de la violencia. En Franco Basaglia *et al.*, *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico* (pp. 127-169). Barcelona: Barral.
- Basaglia, Franco y Franca Basaglia Ongaro ([1975] 1981). Los crímenes de la paz. En Franco Basaglia y Franca Basaglia Ongaro (Coords.), *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión* (pp.13-102). México: Siglo Veintiuno.
- Baz, Margarita (1999). La entrevista de investigación en el campo de la subjetividad. En Isabel Jáidar (Coomp.), *Caleidoscopio de subjetividades* (pp. 77-96). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Baz, Margarita (2001). *Génesis social y teórica de la intervención grupal en México (inédito)*. México.

- Belger, Aysenil y Gabriel Dichter (2010). Neuroanatomía estructural y funcional. En Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup y Diana O. Perkins (Coords.), *Tratado de esquizofrenia* (pp. 165-183). Barcelona: Ars Medica.
- Berger, Peter L. y Thomas Luckmann ([1967] 2008). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleger, José ([1964] 1985). *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bourdieu, Pierre (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boyle, Mary ([1990] 1993). *Schizophrenia. A Scientific Delusion?* London: Routledge.
- Braunstein, Néstor ([1980] 1982). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo Veintiuno.
- Calderón Narváez, Guillermo ([2002] 2008). *Las enfermedades mentales en México*. México: Trillas.
- Cameron, Norman ([1990] 2011). *Desarrollo de la personalidad y psicopatología. Un enfoque dinámico*. México: Trillas.
- Caplan, Gerald ([1964] 1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, Alberto J. ([2002] 2007). *La intervención en lo social. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Casanova Cardiel, Martha Patricia y Roberto Manero Brito (1992). Ensayos sobre los grupos operativos y una psicología social alternativa. En *Perspectivas docentes*, Número 9, México, 19-38.
- Cooper, David ([1967] 1976). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Locus Hypocampus.
- Deleuze, Gilles ([1986] 1990) Qué es un dispositivo. En E. Balbier, G. Deleuze y H. I. Dreyfus, *Michel Foucault: filósofo* (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.
- Desviat Muñoz, Manuel (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Desviat, Manuel (2007). Crítica a la razón psiquiátrica. En *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, Número 76, Septiembre, Madrid, 29-37.

- Disability Rights International* y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (2010). *Abandonados y desaparecidos: segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad en México*. Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.disabilityrightsintl.org/>
- Dor, Joël (1994). *Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como un lenguaje*. Barcelona: Gedisa.
- Durkheim, Émile ([1912] 1968). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Buenos Aires: Schapire S. R. L.
- Duveen, Gerard y Barbara Lloyd (2008). Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social. En José Antonio Castorina (Coord.), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles* (pp. 29-39). Buenos Aires: Paidós.
- Eaton, William W. y Chuan-Yu Chen (2010). Epidemiología. En Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup y Diana O. Perkins (Coords.), *Tratado de esquizofrenia* (pp. 17-36). Barcelona: Ars Medica.
- Esposito, Roberto ([1998] 2007). *Communitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Esposito, Roberto ([2002] 2009). *Immunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Esposito, Roberto ([2004] 2006). *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Esposito, Roberto ([2008] 2009). *Comunidad, inmunidad y biopolítica*. Barcelona: Herder.
- Esterson, Aaron ([1970] 1977). *Dialéctica de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Estrada García, José Luis (1997). *En busca del paraíso perdido. Experiencia con un grupo de psicóticos en su paso al purgatorio*. Trabajo presentado en el VII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana Psicoterapia Analítica de Grupo. México.
- Ey, Henri, P. Bernard y Ch. Brisset ([1978] 2006). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Farr, Robert M. ([1984] 2002). Las representaciones sociales. En Serge Moscovici (Coord.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 405-506). Barcelona: Paidós.

- Fernández, Ana María ([1989] 2008). *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fontana, Andrea & James H. Frey (2005). The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *The Sage Book of Qualitative Research Third Edition* (pp. 695-727). California: Sage Publications.
- Foucault, Michel ([1975] 2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Foucault, Michel ([2003] 2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel ([1964] 2010a). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel ([1964] 2010b). *Historia de la locura en la época clásica II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, Sigmund ([1911 {1910}] 2005). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En *Obras completas, Volumen XI* (pp. 1-76). México: Amorrortu.
- Freud, Sigmund ([1914] 2005). Introducción del narcisismo. En *Obras completas, Volumen XIV* (pp. 65-98). México: Amorrortu.
- Freud, Sigmund ([1921] 2005). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas, Volumen XVIII* (pp. 63-136). México: Amorrortu.
- Ganduglia, Cecilia (2010). La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América. *Medicina*, Volúmen 70, Número 4, 381-385.
- Gaulejac, Vincent de (2002). Lo irreductible social y lo irreductible psíquico. *Perfiles Latinoamericanos*, México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Volumen 10, Número 21, 49-71.
- Garrabé, Jean ([1992] 1996). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Garrabé, Jean ([1997] 2002). *Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gilmore, John H. y Robin M. Murray (2010). Factores prenatales y perinatales. En Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup y Diana O. Perkins (Coords.), *Tratado de esquizofrenia* (pp. 53-65). Barcelona: Ars Medica.

- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. México.
- Goffman, Erving ([1961] 2009). *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, Erving ([1963] 2008). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Pardo, Héctor y Marino Pérez Álvarez ([2007] 2008). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Gracia Fuster, Enrique y Gonzalo Musitu Ochoa ([2000] 2004). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Greenwood, Dayydd J. and Morten Levin (2005). Reform of The Social Sciences and of Universities through Action Research. In Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln (Eds.), *The Sage Book of Qualitative Research* (pp. 43-64). California: Sage Publications, Inc.
- Guimelli, Christian ([1994] 2004). La función de enfermera. Prácticas y representaciones sociales. En Jean-Claude Abric (Dir.), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 75-96). México: Coyoacán.
- Hochmann, Jacques (1971). *Hacia una psiquiatría comunitaria. Tesis para una psiquiatría de los conjuntos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ibáñez, Tomás (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- Jarskog, L. Fredrik y John Gilmore (2010). Teorías neuroprogresivas. En Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup y Diana O. Perkins (Coords.), *Tratado de esquizofrenia* (pp. 135-147). Barcelona: Ars Medica.
- Javitt, Daniel C. y Marc Laruelle (2010). Teorías neuroquímicas. En Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup y Diana O. Perkins (Coords.), *Tratado de esquizofrenia* (pp. 83-113). Barcelona: Ars Medica.
- Jodelet, Denise ([1989] 1991). *Madness and Social Representations*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Jodelet, Denise ([1984] 2002). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge Moscovici (Coord.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.

- Jovchelovitch, Sandra (2007). *Knowledge in Context. Representations, Community and Culture*. New York: Routledge.
- Jung, Carl Gustav ([1912] 1998). El concepto de libido. En *Símbolos de transformación* (pp. 144-154). Barcelona: Paidós.
- Kamberelis, George & Greg Dimitriadis (2005). Focus Groups. Strategic Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *The Sage Book of Qualitative Research Third Edition* (pp. 887-907). California: Sage Publications.
- Keshavan, Matcheri S.; Andrew R. Gilbert y Vaibhav A. Diwadkar (2010). Teorías del neurodesarrollo. En Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup y Diana O. Perkins (Coords.), *Tratado de esquizofrenia* (pp. 67-81). Barcelona: Ars Medica.
- Lacan, Jacques ([1981] 2009). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis. 1955-1956*. Buenos Aires: Paidós.
- Laing, Ronald David ([1960] 2006). *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Minkowski, Eugène ([1927] 2001). *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Moscovici, Serge (2008). La conciencia social y su historia. En José Antonio Castorina (Coomp.), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles* (pp. 91-110). Buenos Aires: Paidós.
- Moscovici, Serge ([1961] 1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, Serge ([1984] 2008). Introducción: el campo de la psicología social. En Serge Moscovici (Dir.), *Psicología social I. Influencia y cambio de actitudes. Individuos y grupos* (pp. 17-37). Barcelona: Paidós.
- Moscovici, Serge y Miles Hewstone ([1984] 2002). “De la ciencia al sentido común” en Serge Moscovici (Dir.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 679-710). Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *El contexto de la salud mental*. Asturias: Editores Médicos.

- Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 1 de abril de 2012, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas. Recuperado el 1 de abril de 2012, de http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2004). *Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana*. México.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*. México: Secretaría de Salud.
- Pando, Manuel y Martha Villaseñor ([1996] 2002). Modalidades de entrevista grupal en la investigación social. En Ivonne Szasz y Susana Lerner (Comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 225-242). México: Colegio de México.
- Piaget, Jean ([1959] 2006). *La formación del símbolo en el niño: imitación, juego y sueño. Imagen y representación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rivas, Marta ([1996] 2002). La entrevista a profundidad: un abordaje en el campo de la sexualidad. En Ivonne Szasz y Susana Lerner (Comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 199-223). México: Colegio de México.
- Rodríguez Ajenjo, Carlos (1993). Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de “La Castañeda”. En Gabriel Araujo Puallada, Alicia Izquierdo Rivera y Raúl René Villamil Uriarte (Coords.), *Tramas. Subjetividad y procesos sociales* (pp. 25-38). México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- Roudinesco, Elisabeth ([2002] 2010). *La familia en desorden*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ruiz Velasco, Ma. Eugenia (2007). *Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales*. Tesis doctoral en Ciencias Sociales con Especialidad en Psicología Social de Grupos e Instituciones. México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

- Sacristán, Cristina (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia*, Volúmen V, Número 1, 9-33.
- Saraceno, Benedetto ([1995] 2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- Saraceno, Benedetto (2007). La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. En Jorge J. Rodríguez (Ed.), *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas* (pp. 6-20). Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud.
- Schittar, Lucio ([1968] 1972). La ideología de la comunidad terapéutica. En *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.
- Secretaría de Salud (1995). Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Publicada el 16 de noviembre de 1995 en el *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 1 de abril de 2011, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html>
- Secretaría de Salud ([2001] 2002). *Programa de Acción Específico de Salud Mental*. México.
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México.
- Stagnaro, Juan Carlos (2004). El hospital de día. Notas sobre su historia y su originalidad terapéutica. En Gustavo Fernando Bertrán (Comp.), *Hospital de Día: particularidades de la clínica* (pp. 15-25). Buenos Aires: Minerva.
- Sullivan, Patrick F. *et al.* (2010). Genética. En Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup y Diana O. Perkins (Coords.), *Tratado de esquizofrenia* (pp. 37-51). Barcelona: Ars Medica.
- Szasz, Thomas ([1974] 2002). *Esquizofrenia. El símbolo sagrado de la psiquiatría*. México: Coyoacán.
- Szasz, Thomas ([1961] 1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Taylor, S. J. y R. Bogdan ([1984] 2008). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Vascon, Nino ([1968] 1972). Introducción documental. En Franco Basaglia *et al.*, *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico* (pp. 27-126). Barcelona: Barral.

Wacquant, Loïc J. D. (1992). Toward a Social Praxeology: The Structure and Logic of Bourdieu's Sociology. In Pierre Bourdieu and Loïc J. D. Wacquant, *An Invitation to Reflexive Sociology* (pp. 1-59). Chicago: The University of Chicago Press.

World Health Organization and World Organization of Family Doctors (2008). *Integrating Mental Health into Primary Care. A Global Perspective*. Singapore.

APÉNDICE 1

DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN

1.1 Guía de trabajo del grupo focal

Objetivo

Explorar el significado que cobra la familia para el personal interdisciplinario del HPFBA; a través de esta exploración, se analizarán la forma en la que esos significados se traducen en la discusión grupal.

Modalidad

El curso-taller se impartirá durante 8 sesiones, cada sábado de 15:00 a 17:00 horas del 24 de octubre al 12 de diciembre de 2009 en el Aula 6 del HPFS. Los participantes explorarán, discutirán y compartirán perspectivas a partir de lo que para ellos significa ser familia. En cada una de las sesiones se establecerá el tiempo, la tarea y las actividades a realizar.

Algunos participantes fungirán como cronistas en dos modalidades: en la subgrupal y en la grupal. La función principal del cronista es la de registrar los acontecimientos generados por el trabajo del curso y reportarlos al grupo in extenso.

Primera sesión: 24 de octubre de 2009

La primera actividad a realizar es la presentación del coordinador y de los participantes, el establecimiento del encuadre, enfatizando el tiempo de duración de cada sesión, el espacio de trabajo, la tarea específica a realizar durante el curso y la forma de trabajo.

Posteriormente, dependiendo del número de participantes se formarán equipos de cuatro personas donde cada uno de ellos dialogue la forma en la que significa a su familia; se solicitará que cada subgrupo elija a un cronista para que éste registre lo discutido su equipo. El tiempo de duración de esta actividad es de 50-60 minutos.

En la segunda parte de esta sesión, se solicitará que un miembro del grupo funja como cronista y redacte los acontecimientos que sucedan en el grupo. Después, se abrirá la discusión en plenaria para que cada secretario lea su crónica y así permitir una ronda de comentarios acerca de lo expuesto.

Como consigna para la siguiente sesión, se solicitará que cada participante se presente al curso con fotografías de su familia.

Segunda sesión: 31 de octubre de 2009

Las significaciones acerca de la familia a partir del análisis visual de material fotográfico es el tema central de esta sesión. Primero, se solicitará que un miembro redacte la crónica de esta reunión. A continuación, se solicitará la lectura en voz alta de la crónica de la primera sesión.

Después, el grupo se organizará para elaborar un periódico mural con las fotografías llevadas al curso; se indicará a los participantes que entre ellos comenten historias, anécdotas, hechos, situaciones e ideas que las imágenes les evoquen. La duración del periódico mural tendrá una duración de 60 minutos.

En la segunda parte de la sesión, se establecerá la reflexión grupal sobre el trabajo realizado con el periódico mural. Los participantes discutirán sobre las apreciaciones y comentarios realizados a partir del análisis visual.

Tercera sesión: 7 de noviembre de 2009

El tema central de esta sesión es la vida cotidiana en familia. En primer lugar, se elegirá al cronista; después, se leerá la crónica de la reunión anterior. En la primera parte de esta sesión, se formarán subgrupos de cuatro personas donde cada miembro exponga una actividad cotidiana específica en familia. Después, se solicitará que un miembro del grupo narre al grupo in extenso su experiencia una actividad específica que se realiza en familia (comida, juego, entretenimiento, discusión, viaje, entre otras).

Posteriormente, algunos miembros del grupo representarán la narración expuesta. El narrador elegirá a los actores para la puesta en escena; se dará un tiempo para que éstos

organicen la representación. Por último, una vez terminada la representación, el grupo expondrá sus apreciaciones acerca de la representación.

Cuarta sesión: 14 de noviembre de 2009

En esta sesión, el tema central es el ciclo vital de la familia. Una vez elegido el cronista, se dará lugar a la lectura de la crónica de la reunión anterior. Luego, se revisarán las etapas del ciclo vital de la familia. El grupo será organizado en subgrupos de 3 a 4 personas donde cada equipo analizará de dos a tres etapas. Después, cada uno de ellos expondrá las etapas que se les haya asignado y se hará una retroalimentación grupal.

En una segunda etapa, los temas presentados y discutidos servirán para realizar la escultura la familia de uno de los miembros del grupo, por lo que solicitará la participación de un voluntario que sea el escultor. Éste modelará la escultura de su familia colocando a algunos de los participantes en la forma que él considere que representa a la estructura de su familia de acuerdo con la etapa del ciclo vital en la cual se encuentre. Cuando la escultura esté terminada, el escultor narrará la forma de su obra. Por último, se discutirá acerca de las impresiones que cada participante experimentó al observar o ser parte de la escultura.

Quinta sesión: 21 de noviembre de 2009

El tema central de esta sesión es el desarrollo personal y la vida en familia. Se solicitará que cada miembro del grupo redacte sobre su familia a partir de acontecimientos pasados y actuales y la visualización del futuro, es decir, una prospectiva de lo deseable y lo posible. Después de 60 minutos, cada miembro leerá su narrativa a un compañero. Luego, cada uno de los miembros del grupo reportará la historia del compañero al grupo in extenso. Finalmente, se compartirán la apreciaciones acerca de la actividad.

Sexta sesión: 28 de noviembre de 2009

El hilo conductor de esta sesión será la noción *familia-salud mental*. Se elegirá al cronista que redactará los acontecimientos que sucedan durante la discusión grupal. Se trabajará en grupos de cuatro integrantes. Las preguntas a discutir serán: 1) ¿qué es la

salud?; 2) ¿qué es la salud mental? 3) ¿cómo interviene la familia en el desarrollo de la salud mental? 4) ¿cómo se promueve la salud mental al interior de la familia? El coordinador moderará el proceso de la discusión.

Séptima sesión: 5 de diciembre de 2009

El tema central de esta sesión es la representación de la familia o de los familiares del paciente psiquiátrico del HPFBA a través del dibujo. Cada participante elaborará un dibujo que represente su percepción acerca de la familia del paciente psiquiátrico o del mismo paciente. Se dará un tiempo de 20 minutos para la elaboración del dibujo. Posteriormente, se invitará a los participantes a que hablen sobre el contenido del dibujo en un lapso de 2 o 3 minutos. El grupo podrá hacer comentarios y preguntas al dibujante.

Octava sesión: 12 de diciembre de 2009

En esta reunión se realizará una síntesis del trabajo realizado; se permitirá la libre exposición de ideas.

1.2 Guía de entrevista a profundidad

1. ¿Cuál es su experiencia de trabajar con la familia en el marco del HPFS?
2. ¿Cómo es pensada la familia en el marco del programa del HPFS?
3. ¿Cuál cree que sea la importancia del abordaje familiar desde el punto de vista de sus compañeros de servicio?
4. Desde que usted labora en el HPFS, ¿qué papel se le ha asignado a la familia en el tratamiento del paciente desde el marco del programa de atención?
5. ¿Cuáles han sido los alcances del abordaje unifamiliar y multifamiliar?
6. ¿Cuál es la disposición de los usuarios para trabajar temas acerca de sus familias?
7. ¿Cómo se justifica el trabajo con la familia del paciente psiquiátrico en el ámbito clínico-hospitalario?
8. ¿Qué significa para usted la familia?

APÉNDICE 2

CRÓNICAS DEL GRUPO FOCAL CON TRABAJADORES DEL TURNO ESPECIAL

2.1 Primera sesión

24 de Octubre de 2009

Tema: El significado de la familia

El día de hoy comenzaron las reuniones con el grupo de trabajadores del HPFBA. El grupo estuvo constituido por quince personas del personal del hospital psiquiátrico que laboran en el horario especial: fines de semana y días festivos. Cuando llegó el grupo, el ambiente era pesado dado que cada uno acababa de tomar la comida. Por tal motivo, la reunión inició a las 15:30 horas y no a las 15:00 como fue planeado. Después, se dio paso a la presentación de cada uno de los participantes y a establecer el encuadre de las reuniones.

Se formaron tres equipos de tres participantes cada uno; después, dos participantes se integraron al trabajo. La consigna para trabajar fue la discusión en torno a la siguiente pregunta: ¿qué significa ser familia? Se les solicitó que cada equipo eligiera a un cronista para redactar los temas que se presentaran en la discusión. Uno de los participantes sugirió el uso de unos rotafolios para exponer las opiniones discutidas y anotadas en las crónicas. Se dio el tiempo de 50 minutos para trabajar sobre la pregunta y escribir las impresiones discutidas.

Después se pasó a la discusión de los temas que los equipos expusieron en los rotafolios. Algunos de los participantes hicieron algunas observaciones al contenido de cada uno de los rotafolios expuestos. Esta actividad tuvo una duración de 30 minutos, después nos cambiamos de aula para seguir con el plan de trabajo.

Para cerrar, se les preguntó a cada uno de los participantes que expusieran que pensaban y cómo se sintieron durante la reunión de trabajo; cada uno de los participantes expusieron que la actividad les había resultado interesante y que les había permitido pensar sobre el tema familia al comparar sus apreciaciones con los compañeros y compañeras de trabajo.

Por último, se les solicitó redactar en una hoja de papel su reflexión sobre el trabajo realizado y se les pidió que se hiciera entrega del mismo para permitir retomar el hilo conductor para la siguiente sesión. A su vez, se les indicó que para la siguiente sesión los participantes trajeran una serie de fotos de su propia familia. Las indicaciones para la siguiente sesión serán expuestas al inicio.

Reflexiones escritas en torno a la pregunta: ¿qué significa ser familia?

Equipo 1

- Es una unión de personas que integran un grupo para una relación social, ya sea integrada por padres, hijos, abuelos, primos, tíos, etc.

Pueden haber familias muy pequeñas o muy grandes que establecen reglas y valores, pueden ser muy conservadoras o muy modernas dependiendo de la situación geográfica así como de las costumbres del lugar.

- Ya sea la integración de: madre-hijo, madre-padre-hijos, abuelos-tíos-primos, etc., conforman cada uno de ellas una familia, según asuma cada uno de ellos su rol y sus valores.

- Va a estar influenciada por el medio en que se desarrolla ya que se pueden romper o reforzar sus valores y reglas.

Equipo 2

--Sería un lugar donde se puede tener el apoyo

-- La familia puede ser un lastre o una motivación

-- Es un lugar donde se crece física y psicológicamente de acuerdo al medio donde se desenvuelva cada familia

-- se aprende de acuerdo a la cultura de cada familia el inicio de las relaciones interpersonales:

- comunicación

- roles

- normas

- valores

- *sentimientos*

- *emociones*

-- *Y también todo lo contrario*

Equipo 3

- *Un grupo de personas con un fin común*

- *Un espacio para el desarrollo y el bienestar*

- *Cada miembro asume una responsabilidad y un rol: a donde se esta a gusto, con amor, respeto, reglas de convivencia, valores, creencias, costumbres, que nos permita crecer y desarrollarnos para formar otra familia y así... (consecutivamente)*

- *Dar educación, valores, respeto (entre otros), para reproducirlos hacia fuera de la familia.*

- *Valorarme, valorarse a sí mismo* - *Honestidad* - *trabajo en equipo*

- *Cooperación* - *trabajo* - *solidaridad* - *colaboración*

- *Satisfacer necesidades, propias o de los integrantes*

- *Comunicación*

Comentario del investigador

Me parece que esto fue un buen ensayo para lo que pretendo hacer con los pacientes que acuden al HPFS. Me sentía un poco nervioso e indispuerto para tal labor dado que no me encontraba en condiciones adecuadas de salud para realizar el trabajo. Sin embargo, la dinámica del propio grupo me permitió realizar la labor y estar atento al discursos que se generaba durante la sesión. Al parecer hubo una adecuada empatía y escucha a partir de lo generado.

Al menos me di el tiempo de registrar mis impresiones al terminar la sesión, y eso es importante, ya que la manera en la cual registre los hechos y acontecimientos sucedidos en la sesión me permitirá tener una amplia gama de información para producir datos susceptibles de análisis.

Es un grupo pequeño constituido en su mayoría por mujeres y trabajadoras del tuno especial. Lo que me hace pensar esta reunión es que a lo mejor el marco de referencia no es necesariamente el HPFS, sino el hospital en general. Por lo tanto, hay que acudir de

inmediato a las fuentes de la OMS para ver el tipo de políticas de salud se están sugiriendo desde arriba y las que se están generando en la institución y en México en particular en torno al tema familia.

Me da la impresión que las personas que conformarán al grupo de trabajo de alguna manera operan bajo sus propios esquemas referenciales, pero en algo la institución psiquiátrica influye en sus esquemas de apreciación y percepción sobre el tema familia. Al menos eso me sugiere el primer trabajo elaborado.

A mi juicio, y es una hipótesis que mantengo, es que la defensa de la familia nuclear aparecerá en el discurso de las informantes ya que se trata de un organizador cultural, pero que en la realidad se ve cuestionada por la variedad de tipos existentes de familia.

Ahora, me debo de preguntar si acaso yo no defiende ese tipo de familia en mis discurso y en mis actos y puede ser un obstáculo para interpretar mi información obtenida.

Cuando escuchaba los comentarios de los participantes, me pareció que fue difícil dejar de lado mis propias apreciaciones de lo que significa ser familia, por lo que trataba de responder con cautela cada uno de los comentarios que se vertían en la sesión.

Por ejemplo, cuando un subgrupo de participantes comenzaba a hablar sobre la transmisión de valores al interior de la familia, se me dificultó el poder opinar sobre ello, cosa que espero no haya influido en las respuestas brindadas por las participantes.

Cabe mencionar que de las participantes, sólo había la presencia de un hombre de edad media (50 años aprox.); las demás eran mujeres. Entonces, ¿el tema de familia es sólo tema de mujeres o es a quienes por su cualidad de género y sus funciones asumidas (o por asumir) les interese más estos temas? ¿Cuál será el motivo de esto? ¿Qué sesgo tomará cada una de las reuniones cuando es un hombre el que coordina estas sesiones de trabajo?

¿Y a mí por qué me mueve este tema y qué me lleva a trabajarlo? ¿Será que existe algún tipo de demanda grupal para incluir al género masculino al tema familia? ¿Qué implica esto?

Ahora me encuentro en los canales institucionales, quizá lo que me salta es si no estaré repitiendo la normatividad del hospital... la cual aún no sé de qué se trata.

Bien, expliquemos un poco esto. La convocatoria se hizo a través de la Jefatura de Capacitación y Desarrollo del hospital, y se abrió la convocatoria como curso-taller, siendo

el objetivo explorar y analizar el significado de la familia a partir de los asistentes. La convocatoria salió dirigido al personal interdisciplinario del hospital cuya planificación estuvo aprobada por las autoridades del hospital.

Pienso que no pudo ser de otra manera, ya que se trata de una investigación que se llevará a cabo en el interior de la institución y para permitirme el libre acceso es necesario comunicar de forma explícita las intenciones de este tipo de intervención psicosocial. De otra forma, no sería posible o caería en la clandestinidad.

Habría que pensar la forma en la que la institución y sus autoridades tratan de mantener el estado de cosas para no transformar el sistema y ver sus repercusiones a mediano plazo. El programa del curso-taller fue apuntalado en las condiciones que marca la institución, pero esta permitió que fuese yo quien decidiera los tiempos para hacerlo.

2.2 Segunda sesión

31 de octubre de 2009

Tema: Análisis visual de fotografías de las familias de los participantes

Al inicio de la sesión, se indicó al grupo que trabajaran en grupos de cuatro personas y trabajaran con las siguientes preguntas: ¿qué les evoca el contenido de las fotografías a cada uno de ustedes?

Durante el trabajo subgrupal, se realizaron cuatro subgrupos de 3 personas en donde se habló sobre la evocación de las imágenes mostradas. Las participantes hablaron sobre ciertos acontecimientos que las fotografías traían consigo, en particular, en eventos y situaciones pasadas de felicidad, buenos momentos. Esto se cuestionó durante la discusión en plenaria.

Fue notorio que hecho de que algunas personas no trajeran fotografías de su familia como había sido indicado una sesión anterior. Al término de la sesión de trabajo, una de las participantes expresó que ella no quiso traer sus fotografías dado que la relación con su familia de origen le trae recuerdos muy tristes de su pasado; pero en el tiempo de trabajo con las demás compañeras, se dio cuenta que pudo haber traído fotos de su esposo y sus hijos; cabe resaltar que ella reconoce que no quiso repetir lo vivido en el pasado con sus propios hijos y que pudo haber compartido sobre ello.

Durante la sesión de trabajo, se observó y escuchó una cantidad de historias, por ejemplo: reuniones familiares, festejos, festividades y celebraciones; logros académicos de los padres e hijos; recuerdos de los padres, abuelos, tíos, primos y primas, entre otros. A su vez, es de llamar la atención que varios de los participantes mostraron fotos de sus familiares capturadas en imágenes digitales en celular. Se preguntó el porqué los participantes llevaban consigo las fotos en el teléfono, a lo cual se respondió que se trae consigo a quienes se estima y se quiere.

En la discusión en plenaria, se resaltó el hecho de que nadie trajo fotografías de funerales y que en cada subgrupo se habló, principalmente, de acontecimientos significativos y momentos felices, cuando los conflictos, las peleas, las discusiones y los distanciamientos forman parte de las relaciones familiares.

A su vez, se señaló la ausencia de familiares ya fuera por muerte o por distanciamiento (¿abandono?). A lo mejor la connotación de las ausencias funcionan como organizadores de las relaciones familiares. Las ausencias marcan la presencia de la falta.

También se habló de las funciones de la familia. Se discutía que cada miembro posee funciones al interior de la familia y que de ellas depende de la sobrevivencia de la misma, reconociendo que las funciones de los padres, de los hijos, de la pareja... en fin, cada miembros con quien se tiene alguna relación resulta significativa y la funciones son indispensables para formar parte del núcleo familia.

Un aspecto que no se puede dejar de lado es el aspecto de la herencia de rasgos físicos. La observación de las fotografías logra ver las semejanzas y diferencias de rasgos que, al menos a la vista, confirman un tipo de relación que toca el campo de la esfera biológica, un signo distintivo en las relaciones familiares.

En suma, el análisis visual de las fotografías permitieron hacer una especie de genealogía de la familia, donde el presente es un punto de enlace de un pasado con la perspectiva de futuro.

2.3 Tercera sesión

7 de noviembre de 2009

Tema: La vida cotidiana en familia

El día de hoy se abordó el tema de la representación de la vida cotidiana en familia. Cuando llegué, a las 3:20, sólo habían llegado tres participantes del grupo. Esperamos hasta las 3:30 para comenzar con seis participantes que ya se encontraban. Se indicó que se formaran dos grupos de tres integrantes para dialogar sobre la vida cotidiana de sus familias. Una vez que los participantes hubieron discutido sobre la cotidianidad, que en realidad se volvió en descripción de rutinas, se pasó a la discusión en plenaria sobre algunas funciones de la familia. Un tema que llamó la atención al grupo fue la divergencia o contradicción entre el discurso y las acciones de los padres al interior de la familia.

Voy a aclarar este punto. Esto viene a la luz de que la edad de las participantes oscila entre los 30 y 60 años, quienes educan a niños adolescentes, viven con jóvenes y jóvenes adultos y adultos ya casados. El tema de la crianza de los hijos es un organizador del trabajo grupal. Se compara entre lo que se hace con lo que debe ser. Vamos, el deber ser acerca de la crianza de los hijos significa, al parecer, que los adultos guíen, acompañen y enseñen a los hijos a que sean responsables, que obedezcan a las indicaciones de los adultos y que respeten sus decisiones y opiniones. Sin embargo, una de las participantes más jóvenes y soltera contradujo esta aseveración diciendo que en muchas ocasiones los adultos no hacen lo que dicen. Ante eso, un miembro respondió solicitando algunas recomendaciones para hacer que los hijos comprendan las indicaciones de los adultos.

En este punto, se vuelve cotidiano la brecha generacional presente entre la generación de los padres, los abuelos y los hijos. Tres generaciones donde se han producido y reproducido patrones familiares pero que a la luz del tiempo actual se ven cuestionados por las nuevas generaciones. Esto me hizo recordar y responder la existencia de la mitificación de la familia nuclear y el cumplimiento de sus funciones que en el discurso social permanece.

2.4 Cuarta sesión

14 de noviembre de 2009

Tema: *El ciclo vital de la familia*

La sesión comenzó con una presentación de mi parte. Utilice como material de apoyo algunas diapositivas donde utilicé las etapas del ciclo vital de la familia construidas por Lauro Estrada (2004): el desprendimiento, el encuentro, la pareja con hijos pequeños, la pareja con hijos adolescentes, la familia con jóvenes adultos y el nido vacío. El propósito de hacer esta presentación fue mostrar un esquema referencial para poder discutir la etapa que cada participante vive en su familia.

Un tema de discusión de aforó fue si, de acuerdo con el marco referencial mostrado, cada familia debía cumplir con cada una de las etapas para considerarse como funcionales. Se comentó que este esquema sirve para analizar la forma en la que cada familia se conforma pero que no se trata de un marco para encasillar a la diversidad de familias existentes en nuestra sociedad.

A pesar de esta aclaración, los participantes expresaron que hay etapas que han concluido con base en la exposición, se han obtenido logros a nivel familia, como lo es el tema de la crianza de los hijos. En particular, en el caso de un participante, este refirió que asumió la responsabilidad de educar a sus hijos cuando se divorció de su entonces compañera, por lo que consideraba que él no había cumplido con tales etapas. Sin embargo, él y el grupo reconocieron que a pesar del divorcio el desarrollo de la familia sigue su curso y, en la medida de lo posible, se procura que cada uno de los miembros se prepare para enfrentar las adversidad que la vida impone.

Como punto de reflexión, esta actividad me sugiere que el discurso de los profesionales de la salud es tomado como una serie prescripciones a seguir. Sin embargo, en el contexto de las experiencias de los participantes del grupo, esto sugiere que cada familia busca la forma de adaptarse a los cambios suscitados en durante su ciclo de vida.

La presentación pudo haberse tomado como (¿presentado?) como una verdad absoluta, pero que sirvió para hablar de la importancia que la generación adulta tiene en la crianza de la generación más joven.

2.5 Quinta sesión

21 de noviembre de 2009

Tema: *Desarrollo personal y vida en familia*

La sesión de trabajo de esta sesión comenzó con la indicación de trabajar las siguientes pregunta: ¿cómo han vivido a su familia en el pasado? ¿Cómo la han vivido en el presente? ¿Y cómo la vislumbran en el futuro? Esta pregunta supuso abrir el campo de reflexión a partir del desarrollo personal que cada participante ha vivido en su entorno familiar.

La pregunta generó discusiones centradas en la brecha generacional que se establece entre la generación adulta, abuelos y padres, y la generación más joven, hijos y nietos. El grupo resaltó la preocupación de que, en la actualidad, casi no existe entendimiento entre los padres y los hijo, ya no se diga con los abuelos. Pero no sólo eso, sin también entre miembros de la misma generación.

Al abordar este tema, los participantes aluden a que cada vez las personas tienden a comunicarse a través de los teléfonos celulares e Internet, lo cual demerita la comunicación cara a cara. Se discutía que la generación más joven tiende a encerrarse en el mundo de la televisión, el Internet y el celular. En particular, las participantes quienes tienen nietos cuestionan de forma recurrente que en estos tiempos los padres dejan a los niños a hacer uso indiscriminado de las tecnologías, ya sea para entretenimiento o para cuestiones escolares.

Estos comentarios me hicieron pensar en la metáfora de “la tecnificación de la comunicación humana”, donde las tecnologías funcionan como objetos mediadores en la convivencia familiar. En este sentido, la comunicación familiar suele considerarse adecuada cuando no existían estos objetos mediadores, inadecuada y disfuncional a través de su actual y una sensación de incertidumbre de qué sucederá en las generaciones venideras. Hasta este punto, el desarrollo personal y la vida en familia está significada a partir de las pautas de comunicación generadas en la convivencia cotidiana.

APÉNDICE 3
TRANSCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL CON
FAMILIARES

3.1 El taller de resolución de problemas

Entrevista con familiares del grupo de Taller de Resolución de Problemas

La grabación resulta inaudible al principio

F1: ...y al dialogar podemos conocernos mejor, ya que cada uno es diferente entre ellos.

F2: Todos, cuando vamos creciendo, aparte de que cambiamos en cómo pensamos, en lo qué somos... como todo en la vida, ¿no? Vamos creando nuestras propias ideas, ¿qué quiero hacer? Desde que O. está estudiando, quiere hacer ejercicio. Para mí está bien.

E: Entonces, digamos que la familia implicaría todos estos espacios... ¿qué se puede hablar sobre ello en este espacio, acerca de esos espacios a los que usted se refiere? O sea, ¿qué implica, por ejemplo, el tema familia con el campo de la educación de los hijos, que estamos volviendo a ello, con la generación más joven, y qué dificultades enfrenta la familia, al menos en este campo, por ejemplo?

F2: Yo pienso que es muy difícil, la mayoría de las familias son muy difíciles, que haya una armonía.

E: ¿Por qué?

F2: Porque cada persona pensamos diferente. Algunas personas somos, quizá, somos más arrogantes, a lo mejor somos, como se dice, más *creídos*. Por ejemplo, “Yo no voy a ver a mi hermano hasta que él me hable”. Y mi hermano quizá dice “Yo no voy a ver a mi hermano hasta que él me hable” y así estamos. Entonces, es bien difícil, es bien difícil. Pero, en el caso de un accidente, una enfermedad, se llega uno a encontrar. Entonces, esa es la magia de una familia. Es bien difícil, pero llega un momento en que, para mí, lo que he visto en la vida, es que en un problema, en un momento dado, se olvida todo. Entonces, es muy importante, para mí, sí tener familia. En algún momento se va a requerir. Es como un

seguro, a lo mejor nunca lo requiero, pero si lo tengo, ¡pues, qué bueno! A la hora que yo quiera.

E: ¿Y de dónde sale esta idea de que... de decir que hay dificultad para alcanzar una armonía?

F2: A que todos pensamos diferente. Entonces, es bien difícil. Todas las familias, seamos pequeñas o grandes. Entonces, a lo mejor, ya no hay abuelos, *nomás* es papá y mamá. Si las familias son chicas, a lo mejor son más armoniosas, con menos dificultad. Pero si... el ser humano es muy difícil de entender.

E: Y entonces, en ese sentido, ¿habrá familias armoniosas?

F2: Yo creo que sí debe de haber.

E: ¿Y qué implicará toda esa armonía? Es interesante lo que dice, a lo mejor, ante un problema, dice usted, la familia se encuentra, pero a lo mejor ese encuentro no necesariamente es armónico, pero a lo mejor sí llega a acuerdos, aunque no sea armónico.

F2: Yo creo que a veces sí coincidimos, toda la familia en algo.

E: Hay momentos...

F2: Nada más. Nos ponemos de acuerdo cuando hay cierta situación específica. Y yo pienso que el noventa por ciento estamos de acuerdo... (inaudible) Como no me tomó en cuenta, de ahí me agarro. Son detallitos...

E: Que aparecen en lo cotidiano.

F2: ¡Aja! Y así como eso, hay muchas cosas.

E: M., estamos trabajando, a propósito de que el doctor no viene esta semana, viene hasta la siguiente, y dejó ahí una tarea pendiente, que la van a revisar ustedes dentro de quince días, comenzamos la sesión, a propósito de que es el espacio de Taller de Resolución de Problemas, y que este espacio está enfocado a tratar los problemas de cada uno de los participantes, no los problemas de otros, y platicando, también con el doctor, aparecen problemas con familiares, no para solucionar los problemas de los familiares, sino los problemas de uno mismo para con los demás, ¿no? Entonces, planteábamos dos preguntas a trabajar, por un lado, retomando esto, ¿qué significa para usted su propia familia y cada uno de sus familiares? ¿Y para qué dialogar en este espacio sobre problemas con su familia y sus familiares? Si gusta tomarse un aliento y ahora le damos la palabra. Bueno, estamos en

el tema de la armonía, y usted lo aterriza en el aspecto de los acuerdos. Si hay acuerdos, hay desacuerdos.

F2: Así es.

E: Los acuerdos, o ambas cosas, aparecen como el tema de lo cotidiano y en su propia vida en familia. Y esto, ¿qué les ha dado? O sea, ¿qué... pensarlo en este espacio, Taller de Resolución de Problemas, en qué les ha ayudado, pensar en estos acuerdos, desacuerdos, y en esto que aparece como alcanzar una armonía? ¿Para qué pensar en ello?

F1: Yo digo que, para que *haiga* armonía, primero, vamos desde hasta abajo. La gente, y toda la gente, debe de tener principios. Principios de valor... y también debe de tener virtudes, porque si no tiene... también tiene que haber una actitud, porque una actitud, yo puedo decir “a mí me gusta lo otro” y otro puede tener otra actitud, “a mí no me gusta”. Total que cada uno, como dicen, cada cabeza es un mundo. Así que hay que ir al cambio de actitud.

E: Y cuando usted se refiere a principios y valores, ¿a cuáles se refiere?

F1: Me refiero a... (inaudible) y a humildad, misericordia, cuando mucha gente tiene ese principio de... (inaudible) porque se lo han inculcado desde jóvenes, pues quizá para una persona es igual. De otra manera, si no tienen principios, no van a poder.

E: Y en el caso de su vida en familia, ¿qué principios o qué valores le dan importancia?

F1: Pues más que nada, a ser generosos. Tener actitudes de valor, en el sentido de que, de comunicación. Y, total, cuando la gente tiene mucha comunicación, va bien en la vida, pues. Porque cuando no hay comunicación, inclusive, entre los padres e hijos, si hay comunicación, siguen adelante, pero cuando no, cuando el hijo jala por un lado, jala por el otro, ¿dónde está la armonía? Al decir armonía, es bien difícil, tener la familia. No hay armonía, en una palabra.

E: Y entonces, utilizando las palabras de F2, ¿buscamos la armonía en familia o buscamos acuerdos?

F1: Yo creo que más que nada son acuerdos. Porque así, armonía absoluta, no la vamos a encontrar. Siempre hay que ser parcial.

E: ¿Qué dice?

F2: Que, para mí, en lo personal, contestando a la primer pregunta, qué significa para mí en lo personal, pues es como el que no ve. Yo vivía mi vida normal, bueno, creía yo que era normal, o sea, trabajar para mi familia, según yo educando a mis hijos, bueno, ya lo hacía yo demasiado tarde, pero, o es lo que yo creía, y, entonces, para mí era lo cotidiano, ser padre, ser esposo, yo era el jefe, yo era el yo. Cuando, de hecho, el hijo que está aquí como paciente, antes de llegar aquí, lo traje hace como dos años, tengo otro que me lo atendieron como hace tres o cuatro años, o sea, ya estaba en esto, pero nunca me había puesto en un taller, nunca me había puesto a poner, o sea, un alto, un paréntesis, un espacio. A ver, ¿qué, qué pasa? O sea, no con mi enfermo, no con mi hijo, no con mi paciente, sino yo como padre. Sino ¿qué pasa conmigo? Desde que yo empecé, el prime día que llegué aquí, y a primer plática que escuché con el doctor, había como diez o doce personas, ese día me puse a llorar, así, así, como chamaco. Todo lo que dijo en esa sesión, primer sesión, todo me cayó a mí. Haga de cuenta que todo lo que estaba exponiendo el doctor me lo estaba, no dedicando a mí, diciéndomelo a mí. Todo eso era lo que me estaba pasando, en todos los aspectos, como ser humano, como padre, como esposo, como hijo, como todo. Entonces, para mí eso ha sido muy importante, que he hecho un paréntesis en mi vida. Yo traía algo pesado, traía una maleta pesada cuando yo llegué aquí. Ahora yo sé que no soy el mejor padre, yo sé que no soy el mejor esposo, pero por lo menos ya no he escuchado que se quejen de mí mis hijos, ya no he escuchado que se queje mi esposa, ya no he escuchado que se queje de mí mi mamá, o sea, eso es lo que yo he entendido de este taller.

E: Cuando usted dice que no soy el mejor padre, estaba... me estaba acordando del título de un libro, *No hay padres perfectos*, y me aparece que no hay hijos perfectos, no hay madres perfectas, ni esposos perfectos.

F2: Y entonces he hecho un paréntesis.

E: Y usted decía que era como aquel que no quiere ver. Y entonces, ese paréntesis le permite ver algo.

F2: Bueno, muchas cosas que estaban mal de mi parte. Y pues es difícil que cambie la persona. Yo soy el emisor y el receptor. Él no puede pensar como yo, pero si yo le envió una buena educación, un buen comportamiento. Y eso es lo que no veía.

E: Los mensajes que usted envía, con lo que dice, con lo que no dice.

F2: Era totalmente diferente a como *ahorita* me ve. No es que fuera malo, yo así era. Yo vengo de provincia, y allá *nomás* el hombre manda, y allá *nomás* el hombre habla. Yo no dejaba que mi esposa... cuando ella había dicho una palabra, yo ya había dicho diez. Cuando mis hijos me decían diez palabras, yo les decía quince o veinte. Y así.

E: Usted tenía el mando.

F2: Así es. En todos los terrenos.

E: ¿Y qué le parece... no sé si ahora diga menos palabras o...?

F2: Las que deben de ser, hasta con mi persona, conmigo mismo.

E: ¿Qué le permite eso? ¿Plantear una relación distinta?

F2: Lo que pasa es que ahora, como que tomo un instante y decir, si voy a tomar esta decisión, antes lo hablo, y antes no, lo hacía, me fuera bien o me fuera mal. Ahora que estoy más tranquilo, más calmadito, ahora ya tomo más mis previsiones, me va mejor en las decisiones que yo tomo, inclusive con mi familia. Me tengo que esperar a ver a qué horas entro a dialogar con mi hijo. Si veo que está alterado, no debo, bueno, eso creo yo, en ese momento no arreglo nada. Si está atorado mi hijo, en ese momento no arreglo nada. Y ante no. Antes le decía yo, “¿Por qué no me hablas? ¿Por qué no me miras” Y por qué esto, por *qué’sto* otro. “¿Me tienes que ver, me tienes que hablar!” *Ora*, Si no tenía ganas, ¿por qué a fuerzas? Son detalles, son intimidades.

E: ¿Qué opinión tienen al respecto?

F1: Yo creo que nos pasa a todos. Es un dominio de la lengua, porque de otra manera, si no dominas la lengua, mejor me callo.

E: Sería una forma de entender lo que nos está diciendo F2, entender lo que digo y tratar de entender lo que los otros nos dicen.

F1: Porque si no hay atención para todos, entonces, nos comenzamos a caer mal. Y hay personas que si se llevan así, pues están contentos.

E: Hay formas también, hay familias que así se llevan, tienen un lenguaje muy florido, están insultándose...

F1: Es normal para ellos.

E: He escuchado familias de Michoacán o de Veracruz. Hay ciertas poblaciones. Al principio pareciera que uno está escuchando otras cosas, pero no, es su forma de...

F2: Pero si yo no quiero escuchar esas cosas, lo menos que pueda estar ahí.

E: Eso también.

F2: Y eso no hacía yo, al contrario, me involucraba más.

E: Se enganchaba. ¿Qué dice F3?

F3: Pues, de qué significa mi familia para mí, pues yo creo, más bien creo que para todos es importante la familia, ¿no? Pero, a veces, no siempre, es como uno se imagina o como uno quiere, pues *ahorita*, mi familia, son mis hijos y yo, y a mí no me gusta decir, como el señor, que, ¡Ay, es una familia disfuncional! Pues a lo mejor así se cataloga. Pero a mí no me gusta porque creo que estamos mejor así que como estábamos antes, que era según la familia completa o como debe de ser.

E: ¿A qué se refiere con la familia completa o como debe de ser?

F3: Ajá, sí, porque, bueno, em... pues como dice mi amiga, “Oye, ¿que no te arrepientes de haberte divorciado?” Pues sí, pero de no haberme divorciado... antes, ¡jaja! Mucho antes, ¡jaja!, de que empezaran todos los problemas, de que... los hijos se dieran cuenta de que... de toda esa situación, de lo que para mí fue muy feo, de que ya nos faltábamos al respeto, y toda una situación muy fea que se fue dando y que uno, bueno, al menos yo, como mujer, toleraba o aceptaba por esa idea, ¿no?, de ¡Ay, no, hay que conservar el matrimonio! ¡Ay, no, yo me casé, no me voy a divorciar! No, no, no, ¿cómo? Tanto esas cosas que, por eso le decía, según es, el concepto que se tiene de familia, pero que para mí no fue, o sea, no siempre fue así, pero ya al final no fue nada agradable. Y si ahora somos una familia disfuncional, bueno, pues, para mí es mejor estar así que en el familia que, digamos, es normal.

E: Algunos hablan de la familia normal como la familia que usted alude, es decir, papá, mamá, hijos, y se presume que son las funcionales, como usted refiere. Usted acaba de decir algo interesante, es decir, ¿en qué momento, por una cuestión de una idea, mantiene una estructura familiar y yo me estaba preguntando, en qué momento usted decide no? Hay algo que me incomoda, hay algo que no está bien, y decide usted intentar con otro tipo de vida.

F3: Igual con mis hijos, ¿no?, uno quisiera que fueran los mejores, ¿no?, pero no ha sido así, ¡jaja!

E: Pero son los hijos.

F3: Igual con E., fue algo difícil, aceptar lo que tenía, y para él también... difícil. Y, este, porque bueno, igual yo ahorita, a la edad que tienen ellos, no yo decía, a esa edad, deberían estar estudiando su carrera, ya deben de estar como que más encaminados, ya voy a estar más tranquila y todo y pues no. Ahora resulta que los problemas son mayores. En el sentido de que, es cuando más necesitan el apoyo.

E: Hay unos que dicen, por ejemplo, conforme van creciendo los hijos, van creciendo los problemas. ¿Hasta qué punto eso es cierto o, a lo mejor, habría que decirlo de otra forma? Cuando lo hijos son pequeños, los problemas son de niños y de padres con hijos pequeños. Conforme van creciendo, los problemas se vuelven temas de adolescentes y de temas de padres con adolescentes. Cuando son jóvenes adultos, en el caso de que estén estudiando, pues los problemas son de otra índole y, entonces, entenderlos en esa dimensión. No porque los problemas crezcan exponencialmente, sino porque hay una serie de circunstancias que constantemente vamos enfrentando. Y me venía la siguiente reflexión con lo que está diciendo. En la ciudad, por ejemplo, vemos la educación como una garantía de un mejor bienestar para los hijos y eso es cierto, no es que sea inadecuado. También hemos observado que muchas familias vemos los usos de la educación por lo que significa, una mejor vida, en un determinado momento de la vida de los hijos, pero, a su vez, la escolarización de los hijos, a veces, si bien abre cierto panorama, también reduce porque desviamos la atención del tema de la salud, del tema de la enfermedad, otro tipo de relaciones fuera de la escuela, otro tipo de relaciones de la familia, el trabajo mismo, que rebasan en mucho la vida cotidiana de las escuelas, de los hijos en las escuelas. Y aparece esta idea de una línea progresiva como una expectativa de vida y, de pronto, aparecen ciertas irrupciones como el caso de, E., se llama su hijo, de la enfermedad, y uno se pregunta ¿qué pasó? ¿qué hice o que no hice? Y el propósito del Taller de Resolución de Problemas, quizá sería abordar la cotidianidad, que a veces no hace ver, y a veces no nos deja ver. Las cosas aparecen como si fueran naturales, como si ya estuvieran y así, así son. Pero no es porque así sean, sino que la rutina, o sea, podemos ver ciertas cosas pero se nos escapan otras. Y en el momento que aparece un problema más fuerte, ¿qué pasó aquí? Y entonces, tenemos que desarrollar otras perspectivas para ver qué es lo que ha ido pasando

y cómo ver hacia el futuro. A lo mejor uno no lo deseaba en principio, pero sí como una posibilidad o con varias posibilidades. La vida puede seguir a pesar de todo. Temas de la enfermedad o problemas. ¿Qué piensan al respecto, de lo que F3 nos expone?

F1: Pues yo digo que todas las familias pueden tener mucho, si son egoístas, si son ambiciosas... cuando una familia no es ambiciosa, ninguno avanza, pero si una familia tiene la ambición... si ya les entró la ambición, entonces, se vuelven muy egoístas.

E: Hay familias que, no sé si sea egoísmo, a lo mejor egoísmo es una manifestación de otro tipo de cosas, pero a lo mejor hay familias que se jalan el pie, se ponen el pie; hay familias que tratan de ayudarse, o hay familias que se sobreinvolucran, y no permiten crecer, bajo la idea de que estoy ayudando a mi familiar, cuando en realidad se trate de interrumpir un proceso o procesos, como el caso de los padres o madres muy sobreprotectores con los hijos pequeños, por ejemplo. También hay familias que, conforme van desarrollándose, cada quien por su lado y aunque se viva en un mismo espacio, no hay nada. A lo mejor el egoísmo es la manifestación de otras cosas, del tipo de relación, de los problemas que están emergiendo.

F1: Es que a lo largo del tiempo, conforme va la vida, teniendo las actitudes, ya sea... hoy uno dice que uno va a platicar con el hijo, con el hermano, y está muy bien, pero al otro día, ya cambió uno.

E: Y a propósito del taller que aquí se trata de abrir ciertos temas, problemas de ustedes, y que nos permite escucharnos, dialogar, comentar, esto de alguna manera, dado que el trabajo ha sido llévense una tarea y aplíquenlo, y a ver en qué medida lo aplican. Es propio de un taller, que se deja una tarea, ¿qué les parece que se lleven a cabo este tipo de actividades? ¿Cómo lo han vivido?

F3: Bueno, es que, este, a mí sí me ha cambiado la perspectiva porque, a veces, como que piensa uno que no tiene esos problemas, que los demás son los que están mal o, al revés, ¿no?, todo es culpa mía. O sea, yo tuve la culpa de que se acabara mi matrimonio, yo tuve la culpa de que mis hijos tuvieran tantos problemas y eso, bueno, no es cierto. A veces sí, uno tuvo algo que ver, pero no así de que todo es culpa de uno, ¿no? O que si hubiera hecho esto, mi hija no hubiera reaccionado de esta manera, o que si hubiera hecho esto, ¿no?

Entonces está uno ahí constantemente recriminando y, a veces, no es cierto eso. Uno no puede influir tanto en las personas en lo que hagan o dejen de hacer.

E: Eso es interesante. Sí influye uno, pero no como uno pensaría. ¿Hasta qué punto es influencia de uno, pero hasta qué punto es cuestión de la otra persona?

F3: Yo no lo veía así, este, no sé si la semana pasada que le comentaba al doctor que cuando mi hija se fue a vivir con su papá, me sentí muy mal porque pensé que lo hacía para molestarme, para molestarme, y yo decía “¿Cómo es posible después de que vio todo lo que pasaba ahora lo premie al papá y se vaya a vivir con él o me castigue a mí?

E: Se sintió usted castigada.

F3: Ajá. Y no era así.

E: Fue una decisión tomada por los dos. Fue decisión de usted en cuanto al divorcio...

F3: ¿Cómo?

E: Es decir, ¿fue una decisión de usted, en cuanto al tema del divorcio, o fue una decisión de ambos?

F3: Este... al principio si era de ambos, pero después, era mía, porque el se empeñaba en no dármelo.

E: En esas circunstancias, usted se sintió castigada por la hija.

F3: Ajá. Pero bueno, no era así. Simplemente que ella quería ver otras cosas.

E: Y tuvo la oportunidad de ver otras cosas. ¿Y ahora que le parece?

F3: Bien, porque, como le decía al doctor, ahora que está de nuevo conmigo, ¿no?, es diferente ya la relación, tanto de ella para mía como de mí para ella. Como que hay un poco más de tolerancia.

E: Entonces, el distanciamiento fue un factor que permitió un nuevo tipo de acercamiento.

F3: Pero yo no lo vi así.

E: ¿Y qué le parece que ahora lo vea de forma diferente?

F3: Pues sí, lo que pasa es que luego uno se agobia, ¿no?, por los problemas. O como le decía, piensa uno que los problemas con su papá... (inaudible).

E: Voy a retomar lo que dijo F2. Cuando llego a este espacio, no necesariamente aquí, sino al servicio, llego como con una carga, algo así refirió, muy pesada, y aquí nos está

refiriendo algo similar, como una carga. ¿Qué contiene esa carga? ¿Qué es lo que tiene? ¿Qué es lo que cargan? Que aquí en el taller se traduce como problema.

F1: Pues no es una carga de satisfacción, porque si así fuera, estaríamos todos bien unidos, habría mucha armonía y si hay problemas, luchando, ya no va a haber problemas. Y en una familia donde intervienen muchas personas, en una familia, tanto el esposo como la esposa, tanto los familiares, entonces va a ser más difícil, porque no todos van a pensar exactamente igual... (Inaudible)

E: A veces la familia propicia estas formas de vida, propicia la ambición o propicia cierto grado de pasividad.

F1: Una especie de estancamiento, como dicen aquí, el que *transa*, avanza.

E: Es un dicho que lo usamos en otros contextos, pero también lo usamos en la familia, lo usan en la escuela, tienes que entrarle a un mercado competente, ¿y qué implica todo eso en la vida de nosotros?

F1: Depende por dónde se quiera ir uno, si por el lado bueno de las cosas o por el lado malo.

E: Entonces, ¿valdría la pena preguntarse qué es lo que buscamos al vivir y convivir juntos? ¿Y también como individuales, qué buscamos? A lo mejor en este punto está la tensión, entre acuerdos y desacuerdos, pero que son propios de la vida en familia.

F1: Pero creo que una respuesta absoluta no la vamos a tener. ¿Una perfección? Tampoco.

E: Algunos dicen que cuando se resuelve un problema, a veces se abren nuevos problemas. Entonces, si lo tomamos como axioma, a lo mejor la vida está llena de obstáculos, de ciertos problemas, pero susceptibles de ser resueltos en determinado momento. ¿Qué dice, F2?

F2: Yo pienso que el ser humano por naturaleza, ser pensante, tiene muchas... como cuando van midiendo al corazón...

E: Intervalos.

F2: Sí, entonces, por naturaleza, habrá personas que a lo mejor no tienen ni padre ni madre, porque hay personas que no tienen ni padre ni nada, pero a lo mejor viven bien felices con alguna amistad, entonces, yo pienso que es cosa de las personas independientemente de que tengan familia o no. ¡Yo pienso así! Depende de cada persona, como piense, igual, como al maldosos, hay *maloras*, hay personas muy honradas, pero eso ya depende de cada persona,

pero *ahorita*, bueno, eso ya sería a nivel general, a nivel personal. Yo soy un ser humano, y yo pertenezco a una familia, entonces, qué es lo que tengo que hacer, pues lo que estamos llevando en este taller, y a lo mejor ni por el bien de mi familia, por mi propio bien, yo así me siento. Me ha dado paz, me ha dado más tranquilidad. Haga de cuenta que yo no tenía ninguna religión y ahora esto es mi religión. Y esta es mi religión. Como se dice, como dice la católica, andaba desperdigado, yo era la oveja... desperdigado, pero desde que llegué a este hospital, a este servicio, no sé si trato o soy, a veces ni yo mismo me doy cuenta que, por ejemplo, con lo de la edad, nunca me puse a pensar que si tenía 20 o 30, 80, ¡no!, yo creía que era el mismo, así estaba con esto, yo creía, en todo estaba yo bien, siendo que no. Ahora me he puesto a ver mi realidad, entonces, a lo que voy es eso, mi realidad es esto, mi familia, las bases, qué es lo que se debe de hacer que yo no hacía, no es que se deba o no, sino que si yo quiero ser feliz, lo ideal es que yo dialogue, lo ideal es que yo perdone, lo ideal es que yo... no es que yo deba ser el de arriba, sino que yo sea el participante de esa pirámide, no que yo esté hasta arriba mirando nada más a los de abajo, sino que yo, al contrario, la base para impulsar a toda la familia, yo estaba antes al revés, al contrario, o sea, era yo, y yo, y yo tengo esto, tengo lo otro. Ahora no. Desde que yo vengo al taller, tengo lo que tengo, como se dice, lo que dios me ha socorrido, ya jamás he dicho, yo tengo esto, yo tengo lo otro. Y antes sí. Antes era yo al revés. Es que yo tengo mi casa, yo tengo mi carro, yo tengo esto. ¿Para qué? Entonces, a eso voy. Es que mi familia, ahora estoy al revés. Es difícil por su carácter de uno. A veces quiero hacer lo que llevo acá, pero cuando veo *ya la regué*. ¿Por qué? Porque me impulso, porque yo ya era así, porque mi personalidad es así, ¿sí me entiende?

E: Pero se permite ver, se permite reflexionar sobre ello.

F2: Sí, pero le digo, no es tan fácil. No es tan fácil porque uno ya es como es. Cuando menos me doy cuenta, actué como antes. *'Ta mal*, entonces, ya mejor me calmo.

E: ¿Está mal o ahora se da la oportunidad sobre ello y quizá corregirlo en su momento?

F1: Todo mundo tenemos errores, ya se vuelve más amable cuando se tiene experiencia. A mayor experiencia que tenga uno, más amable se vuelve uno.

F3: A veces no, es que como decía F2, igual yo sentía al llegar aquí que, como que tenía muchos problemas, pero no sabía definir en dónde estaba o escoger uno, como dice el

doctor, o si era problema de la otra persona o si era problema realmente mío. Entonces, eso sí nos ha servido mucho. No es que *ahorita* ya no tengamos problemas, sino que simplemente como que sabemos lidiar mejor con ellos porque, este... le digo, con E., yo no aceptaba que estuviera enfermo o que iba a seguir un tratamiento y va a mejorar su condición, digamos, y ya va a poder hacer cosas, digamos, es decir, como que uno idealizaba, sí, idealiza un montón de cosas, ubicarse su realidad y saber que, manejarlo o lidiar con ello sí es difícil, pero lo hemos aprendido a hacer. No es que no tengamos *ahorita* problemas, luego son los mismos, son los mismos problemas pero ya sabemos manejarlos un poco más.

E: Hay dos opiniones por lo que escucho. Una es, a lo mejor hay problemas que constantemente hemos experimentado en la vida y por la misma experiencia hemos aprendido a solucionarlos, a lo mejor es a lo que alude F1 y, a lo mejor, podemos decir que entre más experiencia tenemos podemos resolver los problemas con más asertividad. Quizá haya problemas que no. Y en el caso de otros, a lo mejor vale la pena también echarle ojo a los recursos que tenemos en el momento, con qué contamos, para solucionar qué problemas y tratar de buscar una solución, si no la mejor, quizá la más adecuada, definiendo qué es un problema, con lo que implica identificarlo. Recuerdo una segunda sesión que estuve aquí, nos cuesta o nos ha costado mucho llegar a este punto. Pero ya es un punto interesante, un tema interesante. Por un lado sí es la experiencia, pero ¿qué otros problemas o dificultades se van presentando que en un momento dado no sabemos cómo enfrentarlos y vale la pena detenerse? Escribir, pensar, dialogar como en este espacio y ver qué está a mi alcance y ver si es un tema que puedo abordar solo o con ayuda de alguien más. A lo mejor ni siquiera es mi tema aunque yo lo asuma como tal. No me corresponde. Por ejemplo, el tema de estos espacios, no están los pacientes, y comúnmente cuando comienzan la gente dice “Es que mi paciente”. Su paciente está en tratamiento, el ya está abordando su tema. Ahora vamos a abordar el tema de usted.

F3: Con el doctor HA, nos decía que... bueno, no, la mamá de... no me acuerdo cómo se llama el chico, pero bueno, el *chiste* es que decía “yo quiero que salga más, que trabaje”. Y le decía, ¿para qué quiere eso? Hay gente normal que ni sale, ni trabaja, ni hace nada de provecho, ¿no? Entonces, es muy difícil entrar en eso porque sí, idealiza a los hijos y quiere

que los hijos salgan a hacer cosas, ¿no?, y como dijo el doctor, hay gente que está bien y ni sabe comportarse, es un patán o, este, ni hace nada de provecho.

E: A lo mejor los traje aquí el tema de su familiar pero, entonces, también nos damos cuenta de que hay gente que no tiene esos temas en la familia y presenta ciertos problemas similares u otros. A lo mejor eso sería la carga, la carga del paciente, de su tema. Pero que es una enfermedad que puede aparecer en cada uno de nosotros en un momento dado. Nos quedan unos minutos. El propósito era que... bueno, somos poquitos, pero bueno, yo creo que podemos ir cerrando y ya ustedes podrán ver al doctor dentro de quince días, dentro de ocho días no viene él no vengo yo.

TS1: ¿No va a ver sesión?

E: No sé si aquí van a asumir. Yo voy a estar de vacaciones, no sé si TS2 o E1.

F2: Mejor descansamos, ¿no?

E: Ahí sí no lo sé. Bueno, ¿qué opinión tienen sobre esta actividad que cambiamos un poco el formato, sobre las preguntas que trabajamos y lo que ustedes comentaron?

F2: Yo, en lo particular, me sigue sirviendo para mí, para mi persona, para ser más tolerante, como se dice más normalmente, para que *me caiga más el veinte*. O sea, ya me cayó y quiero que me caiga más. Esa es mi opinión.

F3: Pues sí, este, pues a mí me parece bien todo, desde el principio, las pláticas que nos dan, este, realmente puede uno expresar muchas cosas que con los amigos a veces no puedes, con la familia a veces no puedes. Con la propia familia, o sea, con la familia, *así de cercas*, mis hermanas, ni siquiera a mis hermanos, y ni siquiera otros familiares así más lejanos, ¿no? Bueno, ¿para qué enterarle a todo mundo si ni te va a ayudar ni te comprende? Igual, por ejemplo, con E., él ya no tiene los amigos que tenía antes, de que una ocasión de que salió con ellos, “¡Ah, no puedo tomar!”, porque los demás estaban tomando cerveza y “No, no puedo tomar”, “¡Ah, que ándale, que no sé qué!” “No, no puedo porque estoy en un tratamiento”, “¿De qué?” “Pues voy al psiquiátrico porque tengo esquizofrenia”. No, pues se alejaron, se fueron alejando. Y entonces “Pues me ven como loco, ¿no?” Pues la gente, en primera, no sabe ni te va a comprender, ¿no? Igual para mí, yo tampoco puedo decirle a todo mundo “No, es que mi hijo tiene esquizofrenia. Es que tengo que ir al hospital, al psiquiátrico.

E: Sigue habiendo un estigma a partir de la desinformación.

F3: Igual, yo creo que a todos nos pasó y éramos los únicos que sabíamos que íbamos a venir aquí, porque yo también decía “¡Ay! ¿Cómo que mi hijo tiene esquizofrenia? Ha de tener otra cosa menos...” Si para uno ha sido muy difícil aceptarlo y más o menos comprenderlo, menos para la otra gente. Aquí puede uno hablar pues... libremente.

E: Y escuchar.

F1: Yo creo que a todos nos sirve. A todos nos ha servido. Porque son casos muy diferentes a todos y es bueno compartir experiencias, como las que estamos hablando. A mi me parece que todos los problemas que se han platicado aquí están bien... (inaudible) ¿Quién nos va a asesorar en todos nuestros problemas? Porque cómo podemos decir que nosotros estamos haciendo las cosas bien, si esta todo mal... (inaudible). ¿Quién nos va a guiar?

E: El resumen sería seguir adelante y enfrentar las cosas y pensar antes de actuar. Bien, les agradezco su tiempo y que tengan un buen día.

3.2 El grupo psicoeducativo

Tiempo de audiograbación: 51:20.

Actividad realizada el 14 de marzo de 2010

20 participantes

Nomenclatura: Entrevistador (E); familiar (F).

E: Parecía avispero aquí adentro.

F1: Nos faltó tiempo.

E: Les faltó tiempo. El tiempo siempre lo tenemos marcado y encima. Pero así son los equipos de trabajo. Bueno, vamos a extender estas dos preguntas. Tenemos un tiempo limitado, vamos a ver qué podemos compartir así en este grupo amplio. La primera pregunta es qué significa su familia, no sé si les gustaría exponer lo que discutieron o en su caso qué es lo que piensan ahora después de esta pequeña discusión y acerca de esta pregunta. La segunda era qué importancia tiene hablar sobre la familia, sobre su familia y sus familiares en este espacio denominado Grupo Psicoeducativo, donde el objetivo es informarles sobre la enfermedad de su familiar, el tratamiento que recibe y el abordar el tema familia. ¿Qué dicen?

F2: Bueno, nosotros en lugar de poner frases de lo que significaban nuestras propias familias, escribimos solamente palabras, pero yo creo que estas palabras nos dan realmente el contexto o el significado qué es familia. Nosotros pusimos que se dan valores, se da moral, hay moral, hay apoyo, comunicación, colaboración, hay comprensión, hay cariño, hay amor.

E: Son una serie de connotaciones. La familia educa.

F2: Hay entrega, también.

F3: Somos parte de algo... todos, de manera individual, pero juntos.

E: Todos, de manera individual, pero juntos.

F4: Se oye, a lo mejor tonto, pero eso de andar... yo no puedo apoyar a mi familia, somos todos pero de manera individual. Yo no le puedo decir a mi hija "No andes con ese

muchacho porque me cae gordo... yo opino, hija...” pero somos todos, pero de manera individual.

E: No es tonto. Me hizo recordar una cita por ahí, todo tema individual es, a su vez, tema social. Y en este caso, hablando del tema familiar, hay temas que solamente pueden ser abordados por la persona, hay cosas que conciernen al grupo, en general, de ahí que se hablen de esos elementos: la familia educa, a través de la educación se brindan valores, se dan afectos, hay un apoyo, dependiendo de cómo sea la familia, si está la pareja, si está el padre, si hay hijos, si hay hijas, si hay hermanos... ¡Qué se yo! Si hay nietos, tíos, sobrinos, abuelos, abuelas, ¿no? A veces se hablad de las familias... ¿cómo les dicen? Muégano. Pero hay quien dice que esas familias llamadas muégano, qué quien sabe quién les puso así, a lo mejor cuando estaba pensando en su familia estaba comiéndose un muégano... este... que ayuda, ¿qué ventajas tiene? Y es muy rico. ¿Qué más... qué más dicen?

F5: Bueno, en nuestro caso, nosotros platicamos de algunas problemáticas familiares de cada quién que tenemos en su medio ambiente. Pero la conclusión es que la familia es importante para todos nosotros, en donde lo acaban de decir las señoras, pensamos lo mismo, donde haiga respeto, donde haiga unión, donde haiga responsabilidades y, pues todos luchamos por tener una familia. Por algo quisimos casarnos, tener una esposa, tener unos hijos, tenemos que apoyar ese núcleo que formamos. Y, esa es la primer pregunta que usted no hizo. Lo importante... no tenemos duda de que es importante la unión familiar, unir a la familia, respaldarla, y en las buenas y en las malas, siempre debemos unirnos familiarmente, siempre unidos en familia.

F6: Perdón, yo en mi caso, siempre son valores, comunicación... desgraciadamente, pues en mi caso no es así, en este caso porque no tengo el apoyo de mi esposo para con mi hija. Pues siempre la voy a apoyar hasta donde me sea posible, hasta donde yo pueda, así sea en contra de mi esposo porque él me dice que “vas a perder el tiempo, para que la llevas si sigue igual, yo no veo que cambie, y entonces, no tiene caso que vayas”. Yo creo que tampoco va a cambiar de un día para otro... aparte ya tiene años con esta enfermedad, y entonces... el quisiera que ya con el tiempo que venimos, ya, ya, qué esté bien. Que no se cure, pero que esté bien... lo que comentaba es que el toma, toma, em... pues cada ocho días. Desde el sábado por la tarde, a veces duerme en la noche, a veces no, del sábado para

amanecer domingo, y el domingo se la sigue. Y ahora me dice “tomo porque qué hago, tú te vas y nos dejas”. ¿Cómo qué? Pues... lógico, van al fútbol, regresan a la casa... pero él no, se va con sus amigos, y es lo que hace últimamente, él toma...

F4: Ahora que estábamos hablando de lo que yo mencioné, creo que también es poco a poco el tema de la señora, yo creo... que hay miedo a otras cosas en la casa, como la esquizofrenia... creo que hay un miedo general. A lo mejor nosotros tenemos miedo de no saber...

Nota: el grupo comienza a hablar al mismo tiempo, como respuesta a lo que se está exponiendo.

F4: Nos sentimos que no lo podemos asimilar ni entender, ni aceptar... hay también, dentro de todo esto, cuando llegamos... miedo... ya luego. Pero luego, cuando hablamos con otras personas, que lo sabemos comprender mejor. A lo mejor la señora en su vida había escuchado la palabra esquizofrenia, pero aquí estamos tratando de entenderlo, de apoyar... pero a veces el miedo nos rebasa. No lo sabemos manejar, y entonces, lo negamos, a nosotros, a lo que nos está sucediendo.

E: Ahora, tomo el tema de aquí y preguntaría al grupo para pensar en ello... ¿miedo a qué?

F7: Miedo a afrontar la realidad... miedo a aceptar que mi familiar está enfermo, qué me toca hacer a mí como familiar, porque yo lo digo siempre, en las familias siempre va a haber falta de comunicación, y debemos ya afrontar la enfermedad y saber comunicarnos, porque si no nos sabemos comunicar dentro de un núcleo familiar, entonces no vamos a avanzar ni para atrás ni para adelante. Hoy, esto no va a hacer de la noche a la mañana, es un proceso, es un proceso que debemos saber llevar como familia, como padres, como hermanos, como... hasta primos, sobrinos, tíos, de todo... pues estamos dentro de un núcleo familiar, es decir, no se trata nada más de la familia... cabe toda la familia, abuelitos, tíos, todos... El paciente se debe de sentir apoyado, apoyado sobre todo. Claro, no toda la gente vamos a pensar igual, pero debemos de tratar de que la gente que no piensa igual, afrontar y decir “tú estás mal”, eso es lo que conlleva una buena comunicación en la familia.

F5: En nuestro caso, al principio con el doctor, al principio, no era un medio sino un temor a lo que no conocíamos, al ver las reacciones de nuestro hijo. Al ver sus reacciones, había

un temor, nosotros decíamos “¿qué está pasando?” o “¿qué sucede?” Pero, lo más importante fue que tratamos de buscar el apoyo inmediatamente de personas especiales como fue un psicólogo, como fue un psiquiatra, porque nosotros no podíamos resolver esta situación, ya estábamos... ya estaba todo fuera de nuestro alcance, y como seres humano y como falta de experiencia que no se la deseamos a nadie, pues decíamos “Ahora, ¿qué hacemos? Vamos a buscar ayuda”, la buscamos y ahora, gracias a Dios, aquí estamos. Y hemos visto el cambio, entonces, lo que platicábamos de la señora, entonces, pues en este caso, su esposo tiene miedo a afrontar la realidad, lo que está pasando en su entorno familiar, dejando a la señora sola y, este, y no apoyando y, todavía, para rematar la chantajea emocionalmente... la chantajea emocionalmente, diciendo “tomo porque te vas y me dejas, que no tiene nada”, le comentamos a la señora que ella no, aunque viva lo que le está sucediendo, que ella no deje de apoyar a su hija.

Nota: el grupo comienza a expresar su apoyo a la señora que habló sobre el tema del alcoholismo de su esposo.

F8: Incluso le dijimos que le diga a su esposo, que venga para que se dé cuenta...

Nota: todos comienzan a hablar a la vez.

F4: A lo mejor también tiene miedo y no lo reconoce, miedo porque me van a cuestionar, porque a lo mejor mi hija está así porque a lo mejor tú tienes la culpa.

Nota: todos comienzan a hablar a la vez.

E: Aquí no se ataca a nadie, se trata de dialogar. Como el ejercicio que hicieron,

F4: Lo digo porque el esposo estuvo en una sesión.

E: Sí, sí me acuerdo, aquí estuvo. Ella quería decir algo antes.

F9: Pues como dice el Dr. H, no hay que tener miedo, hay que enfrentar, que aceptar que nuestra hija tiene la enfermedad, porque yo era una de esas también, como que, al verla, como que me daba miedo, pero ahora ya con las pláticas con el doctor ya no siento miedo, antes... ya tengo que aceptar que mi hija está enferma, y antes, apoyarla.

E: Ahí hay un planteamiento que se maneja en el grupo psicoeducativo. Por un lado se promueve que las personas que acuden a estos espacios, por un lado, identifiquen, reconozcan, acepten y tengan una actitud al cambio, y que eso les permita en un momento dado modificar, pero para llegar del uno al cinco, ya llegar al uno es un “pasote”, es decir,

identificar qué sucede. Y a lo mejor en ese punto entra el tema de la información, que es un tema que aquí se señala de una manera muy importante. ¿El miedo a qué? ¿A ser cuestionado? Esa es una. ¿El miedo a lo desconocido? Todo lo que desconocemos nos causa cierta incertidumbre, a lo mejor miedo entre ello, y ¿qué hace uno para enfrentar esa situación? Cómo lo refiere... ¿su nombre?

F7: M....

E: Como lo refiere M... o sea, ¿qué hago? Y entonces, acudí a solicitar ayuda. Información, ¿qué sucede? Y cuando uno tiene información, que aquí tampoco tenemos toda la verdad, pero información fundamentada, ¿no?, entonces, ¿qué hacer? Y cuando uno se informa vienen estos temas. En otro... también hablamos de que en la familia hay problemas, pero también hay recursos positivos. El tema de la enfermedad es uno de ellos, en algunas familias, más bien, en varias, pero también hay otros temas como los que expone la señora, el tema del alcoholismo, y nosotros también decimos desde acá que el tema de la enfermedad mental como la esquizofrenia aún mantiene un estigma social por la falta de información, porque esa información no traspasa ciertos muros y se han creado mitos al respecto, incluso hasta de forma caricaturesca, porque yo me preguntaría, al menos en México, el índice de alcoholismo es muy alto. En algunos casos, en algunas familias, es como natural que ciertas personas cada ocho días consuman. Es como natural y como aceptable, y ¿por qué socialmente lo hemos hecho así? Escuchaba a una señora en la sierra norte de Puebla, decía ella en un momento dado, refiriéndose a su niño, ojalá cuando crezca no sea borracho, ah, pero en cada familia debe haber un borracho. Estoy hablando de la sierra norte de Puebla porque es una región donde se consume mucho alcohol, mucho aguardiente, y tiene sus raíces históricas, por la explotación; y la gente, por el agobio de tanto trabajo, lo que hacía era esto. Ahora ya no hay trabajo por allá, pero sigue este modelo. Entonces, uno que hace, uno puede informarse, por ejemplo, en el caso del alcoholismo; es una enfermedad también, y quien lo sufre no se da cuenta de. Dice un dicho por ahí, un dicho chino, el único que no sabe que vive en agua es el pez. A su vez, nosotros cuándo pensamos que respiramos. Cuando tosemos, cuando necesitamos cierto aire, pero cuando estamos haciendo esa actividad, ni siquiera pensamos en cómo respiramos. Algo así sucede con esto, pero es otro problema. ¿Qué otros problemas aparecerán en el círculo de la

familia? No solamente el tema de la enfermedad. Que si está aquí, bueno al paciente lo atienden, si bien le afecta a la familia, le corresponde en una gran medida, al paciente abordarlo, enterarse, informarse y seguir un tratamiento. Y la familia, acompañar y ayudar en cierto sentido, pero no hacerle la vida al paciente. ¿Qué más... qué más dicen? Sí,

T10: Pues en relación con la primera pregunta, qué es lo que significa la familia para nosotros, pues para mí tiene una responsabilidad muy grande, porque puedo ir conociendo a cada uno de mis familiares y relacionarme con cada uno de ellos. Me informo qué es lo que le pasa a mi hermano, a mi hermana, a mi mamá o a mi papá, a mis tíos, a cualquiera de mis tíos, porque la familia es muy grande, y ahí yo pregunto ¿Qué problemas tienen sobre su vida? Y ahí me informo yo, reconozco, cuál es el problema que tiene cada uno de ellos, y así, creo yo que cada uno de nosotros como familia nos motivamos... no hay otra cosa que motivarnos, darnos valor, y sobre todo, apoyarlos en todo lo que uno pueda, sobre el problema que ellos vayan pasando.

E: ¿Y qué le parece acercarse a sus familiares y preguntarles “cuál es tú problema”?

T10: Para mí es mucha información preguntarles qué es lo que pasa.

E: Pero, ¿qué le parece y cómo se siente usted al preguntarles eso?

T10: Pues yo me siento, como le dijera, pues muy apurado. Pues pensaría, qué voy a hacer, qué debo hacer yo. En primer lugar, yo pensaría, yo les voy a ayudar lo más que pueda, apoyarlos en lo más que pueda.

E: A lo mejor preguntarles ya es una ayuda.

T10: ¿Que qué?

E: A lo mejor preguntarles ya es una ayuda.

T10: Preguntar y ver si se les puede ayudar en algo, materialmente o espiritualmente.

E: O con ese gesto, digo, ¿cuándo nos damos la oportunidad de preguntarle al familiar “cómo estás”?

T10: Cuando hacemos reuniones, cuando nos reunimos, lo más que se puede en familia.

E: Entonces es rico habar de ello. ¿Usted quiere decir algo?

T11: Lo que dice el señor es muy cierto. A veces, por ejemplo, en un caso concreto o personal, a veces llega uno de trabajar y nadie le dice “cómo te fue en el trabajo” o “qué te pasó en la calle”

T4: Lo primero que te dicen es “No vayas a ensuciar el piso”.

T11: O me falta esto, o quiero esto o lo otro, ¿sí? Pero nunca llega uno, a veces llega uno, digo, a veces a alguno de nosotros nos ha pasado, pero nunca nos preguntan “¿qué te pasó con tu jefe, con el trabajo, qué es lo que tienes?” O llega uno cabizbajo pero nadie llega y nos pregunta a veces. Entonces es importante lo que dice el señor. Si no nos atrevemos a pregunta “¿qué te pasa o qué te duele?”, pues nunca vamos a unir a la familia. Porque a lo mejor tenemos un miedo de preguntarle a mi esposa, bueno, “¿qué te duele, qué tienes?”. O al hijo, o al primo o al sobrino, al nieto...

T4: Es muy importante lo que dice el señor. Eso lo aprendí en una plática parecida a esta, y nos decían que nunca era tarde para cambiar. Ustedes analícense, agarren su celular y “Bueno, ¿dónde andas?” Y no “¡Hola! ¿Cómo estás?” “¿Dónde andas? Pues qué te importa,

Risas

T4: Y sí, es cierto, decimos “¿Dónde estás hija?”, o llegan los hijos de la escuela, y yo lo aprendí y lo he aplicado desde que me lo enseñaron, que llegan los niños con la mochila, ¿no?, así, y el calor... y todos sabemos lo duro que es llegar de la escuela, y después de caminar las dos o tres cuerdas de que está la escuela en el rayo del sol, y siempre “Ya llegué, mamá” “Ahí están las tortillas” o “¿qué hiciste?” o “la maestra me dijo”, no, “cámbiate, refréscate”, y ya después “¿cómo te fue?” Y quizá algún regaño... primero esperar a que las personas... los hijos, por ejemplo, yo lo voy a regañar por algo que hizo, primero dejar que llegue, se refresque, y después, “¿qué paso?” Pues porque llegan acalorados, llegan cansados, del trabajo, de la escuela, de lo que sea, entonces, está más propenso a que haya una discusión, y mejor esperar a preguntar “¿cómo estás?” y no ¿dónde andas?” O, “no me ensucies el piso”, no, “pasa, deja tu mochila”. O mi hermana, “¿cómo estás, qué estás haciendo?” Todo bien, sus hijos. Y si tiene uno la maña de verdad no decir “¿Cómo está?” No, no, no. Fíjense en el microbús, en el metro, en donde viajen. La gente que habla por teléfono, la primera frase que dicen es “¿Dónde estás?”, y no “¿Cómo estás?” Es importante recordarles a las personas que las queremos, que nos preocupan, que el “¿cómo estás?” no es “Ah, bien.”, no, “¿en verdad, estás bien?” “¿Necesitas algo?” “¿Quieres hablar conmigo?”

E: Lo que nos está diciendo, por un lado, es cómo nos comunicamos con nuestros familiares, o está cuestionando eso, pero también, señalando que podemos aprender otras formas de comunicarnos a las que ya hemos aprendido. A lo mejor modificar unas, a lo mejor poner atención en ello, pero tenemos esa posibilidad y esa potencialidad también de hacerlo. ¿Qué más? ¿Qué más fue lo que dialogaron?

T5: Bueno, platicábamos la convivencia de los hijos con los primos, de los sobrinos, ellos viven en un predio donde ellos se están viendo constantemente. No se maltratan ni se insultan, pero hay una convivencia que existiera entre los mismos primos, entre los mismos sobrinos, a veces se ven y dicen “¡Hola, qué tal!”, pero no hay esa convivencia, esa armonía, entonces decimos, porque razón los hijos no reaccionan de esa manera. Aunque no viviéramos en la misma casa, los hijos allá, y que se encontraran y dijeran “¡Hola!”, bueno, digo, tampoco se convive así en armonía, que se vea familiar... por qué hay ese tipo de situaciones, o estamos fallando nosotros como padres al integrar el núcleo familiar entre primos y sobrinos, o hay algo entre ellos mismos que los hace no convivir de esa manera, no sabemos lo que está pasando.

T12: Pero también, le comento a mi esposo que también depende el cómo tratas a las personas, que si son tíos, hermanos o sobrinos. Si tú no lo tratas bien, él no va a querer. Porque si tú no lo trataste bien, si no lo respetaste como sobrino, aunque estén chicos, pues hay que enseñarles que lo respeten a uno. Y por eso a veces no se lo ganan.

E: Aquí como se ha expuesto, y como lo trabajamos en otros lugares, es qué implica la comunicación, al menos entre dos personas. Pues que haya interés, al menos de los dos. Interés por expresarse, por comunicarse, por hablar. Hay veces que una parte sí está interesada, pero la otra no. Habrá que ver si no es el momento, ya habrá el momento, quizá, o a lo mejor no. Pero preguntaría a “no nos estamos integrando de forma armónica”, yo me preguntaba “¿Será necesario?” Porque son familias independientes aunque tengan relaciones consanguíneas. A lo mejor a cada núcleo familiar y a cada persona le correspondería, si es que quisiera. En la mañana hablábamos con otro grupo acerca de... salió el tema de la armonía. Y eso sale constantemente en los grupos familiares: “mi familia no es armoniosa y quisiera que fuera armoniosa”. Luego nos preguntamos “¿Qué querrán decir con familia armoniosa?” Y había otro señor que aterrizó en otra cuestión que decía

“Bueno, no, lo armonioso nunca lo vamos a lograr. Entonces, si no es la armonía, entonces ¿qué es?” A lo mejor llegar a ciertos acuerdos. Ciertas relaciones pueden establecerse llegando a acuerdos, o llegar al acuerdo de que se está en desacuerdo y aceptar esa diferencia, para no generar más cosas, si no se quiere establecer una relación más allá de. Ya la relación uno a uno es compleja, ahora, poniéndole más elementos, se vuelven relaciones exponenciales, interesantes, que ha quienes las llegan a meter, pero no hay familias perfectas. ¿Qué más dicen al respecto?

T13: Bueno, hay veces que uno piensa que nuestros enfermitos que tenemos aquí no van a cambiar; ni piensa uno que... le va dar miedo a uno de lo que pase. Pero yo me he puesto a pensar que yo cambiando, cambiando mi persona mis actitudes hacia él, él forzosamente cambia hacia mí, porque después de traerlo aquí y ver el trato que le dan es como una escuelita para mí. Entonces si yo veo que si a él lo trato de una forma más amable, más tranquila, más comprensiva con él, él lógicamente responde a eso, yo ya lo he aplicado. La otra vez llegué a mi casa con él, no imponiéndome ante él, sino que hablándole tranquilamente, y diciéndole que yo me quiero venir aquí porque necesito estar en mi junta y que a mí me da pena que llego siempre tarde, pero no en esa forma impositiva, diciéndole que él tiene que hacer lo que yo quiera... finalmente, bajándole de tono mi voz, y diciéndole pues mis necesidades, yo he visto que mi muchacho está cambiando, cambió su actitud hacia mí, y yo hacia él. Pero nada más es un logro de que yo he venido aquí, y me he educado, me he tratado de ponerme a mí misma que yo no conocía. Antes yo rea sobreprotectora, y todo quería darle y que él no hiciera nada de su parte, pero ahora ya he cambiado de actitud y le he dicho que yo puedo hacer todo lo que yo pueda, lo que esté en mi mano, pero que más no puedo hacer porque él ya es un señor, es una persona, que le voy a respetar su decisión, que yo también voy a respetar su opinión. Nada más que a mí me gustaría que si le apurara para veniros. Y ya me fijé que bajándole yo de tono, bajándole de actitud, este, positiva, él ya toma otra actitud conmigo, y pues, eso es lo que les quiero compartir, que estoy logrando algo con él. Aunque no sea mucha la comunicación, pero sí, ya le digo mi sentir. Ni ya no me pongo a gritar ni a decir que yo digo. No. Como que me estoy educando aquí. Quién sabe si a ustedes les está pasando lo mismo, pero

T4: A todos nos ha ayudado bastante.

E: Entonces están pasando a la segunda pregunta, es decir, ¿qué utilidad tiene esto de hablar sobre la familia en este espacio? Hay un supuesto de los grupos psicoeducativos. No trabajamos los temas internos de cada uno de ustedes, como lo haría un terapeuta individual, aunque esto no deja ser un ejercicio terapéutico, pero sí tiene que ver con las conductas de los participantes, de identificar cómo me relaciono con la familia, con la gente, porque hay varias modalidades no solamente en este espacio, y ver si a partir de ello es posible modificar ciertas cosas, y a lo mejor reconocer algunas que funcionan. Cada quien se relaciona con sus familiares como puede, como también ha sido educado, a lo mejor algunas cosas funcionan y la muestra es que, no sé que edad tiene cada uno de ustedes, pero llegar a esa edad es todo un logro, ¿no?, sea cual fuere. Y los hijos también, todos son adultos, ¿no? ¿Quién educa a alguien más allá de los veinte años? Eso pasa cotidianamente, difícil reconocerlo. “Sí, mi hijo tiene veinte años...” No. ¿Qué implica llegar a eso? Y por otro lado, la cuestión de la información en un grupo psicoeducativo. ¿Qué información se les brinda? Información que está en el conocimiento disponible, al cual nosotros recurrimos, pero que no son verdades absolutas. Pero a propósito de lo que dicen, el miedo, el miedo a enfrentar a ciertas situaciones, qué hay que hacer con ello, actuar, sí, pero bajo conocimiento informado. Qué bueno que reconoce eso, y a su vez, lo que nos decía la señora hace un momento, el tema del alcoholismo. ¿Qué implica todo eso? Sí, también es lo que hemos visto aquí, lo que le sucede a uno de los miembros de la familia pues repercute en el resto del grupo familiar, y también el cambio, todo repercute en uno. Habrá que cuestionar hasta que punto hay cambios necesarios y hay cambios innecesarios, pero eso depende de cómo uno lo vaya revisando. Y el tema que le corresponde al paciente, vuelvo a repetir, que se atienda. Y el tema de la familia.

T14: En mi caso, damos como un paso para adelante y dos para atrás. Pues en confianza, me defrauda... en mi caso me siento como en un callejón sin salida, para acá y para allá, trato de cambiar pero... ¡Ay, no sé! Estoy muy defraudada...

E: Defraudada, ¿ante qué o ante quién?

T14: Nada me funciona... es muy difícil (sollozos).

E: Es muy difícil, lleva su tiempo. En este espacio dura seis meses. Pues la vida continúa, y hay que partir de todo ello. En este espacio, por lo que ustedes han abierto, llegan con

mucha carga, con mucha culpa “¿Qué hice, qué no hice?”, pero, esa carga ¿de dónde viene?, a propósito del miedo, del desconocimiento, y del miedo también hacia el tema de la enfermedad de la esquizofrenia, es una enfermedad de la que todos somos susceptibles de sufrir, y tiene unas repercusiones pues muy dramáticas por el propio cuadro. Pero también el tema de la familia, pero hay otros temas que a lo mejor el tema de la enfermedad encubre otro tipo de problemas, como ya lo acaba de aclarar la señora. A lo mejor habrá que revisar otros temas, a lo mejor otros espacios, además de este, a lo mejor el tema personal, qué hacer con tanta carga. Hay veces que el paciente está atendido, pero habrá que preguntarse del familiar, a lo mejor también tendrá que ser atendido, aunque no tenga el padecimiento, pero tratar mis propios temas. Habrá que buscar el espacio, y es rico... enriquece a la persona. Es duro, es toda la historia de uno. El punto donde estamos, todos tienen una historia, todos tenemos una historia, hay historias muy positivas, hay historias muy negativas, pero forman parte de, pero ya pasaron. Y lo otro es qué hacemos en este momento y hacia donde visualizamos. Hay gente que se pone un proyecto de vida muy ambicioso, difícil de lograr; hay gente que se pone metas muy ambiciosas pero con la consigna de lo posible y está bien. Hay gente que ni eso. Entonces habrá que pensar en esas cosas. Y hasta que punto el tema de la enfermedad precisamente oscurece otros aspectos de la vida, personal y familiar. Y si son ricos... estamos acostumbrados a connotar siempre lo negativo, no estamos determinados a hacerlo, pero estamos culturalmente marcados, criticados, nos criticamos... pero a lo mejor también en esa autocrítica también nos flagelamos bastante. Y no somos monjes... entonces, qué cosas sí puedo ver de positivo en los demás. Del otro lado les ponía un ejemplo, a propósito de los problemas que pueden ser distintos. Decía un terapeuta, recibía a una familia, el adolescente había embarazado a una mujer mayor, y cuando llega a la sesión, llega cabizbajo, los padres señalándolo, malo, malo, malo... y el terapeuta lo que le dijo fue “¿Por qué estás agachado? No podremos negar de que tienes buena semilla”. Don D. nos decía que la culpa no solamente era del adolescente sino también de la otra persona... lo *chamaqueó*. ¿Qué estaba haciendo una persona de más edad con un adolescente? Y tiene sentido eso. ¿Para qué culpar, qué se gana con culpar? Castigar, señalar, a propósito de lo que dicen, el miedo a enfrentar. ¿Y qué implica enfrentar? Decía un autor hace como cien años, “¿Quién pretende pasar por la vida

sin ningún rasguño?” Hay quienes lo piensan así. Se van cuidando, como dice la canción. Si quieres vivir cien años, en pocas palabras, enciértrate. No te espongas a nada, pero ni aún así te salvas. ¿Qué otros aspectos de la vida familiar, insisto, es muy dramático el tema de los cuadros psicóticos, pero qué otros temas ricos pueden aparecer? ¿Qué más dicen?

T13: Creo que también se tocó, entre otros temas, cuando hay problemas entre el padre y la madre, este... los muchachos, los hijos, los que tenemos aquí, cargan mucho, esa carga, muy pesada, y se abocan ellos al problema, como si fueran ellos los culpables, o dejamos de decir que sean culpables, ellos no, sino que hacen culpable al padre o a la madre, que tiene la culpa o el que anda así, y se aboca y se pega al otro papá, y dice “No, me pasa esto, y lo otro”, bueno, y uno dice “¿Qué tiene que estar cargando con esto si la culpa es del padre o de la madre, o los dos juntos?”. Y se abocan a esto, y yo siento que esto les hace mucho daño a ellos, andar cargando culpas que no son de ellos sino de los padres, tanto la madre como el padre. Y eso da pauta, en mi caso, eso da pauta como dicen, como olla exprés, ¡paz!, explota en algún momento, y ya se viene la esquizofrenia, ya se viene... no nada más eso... ¡Ay, en un ratito se vuelve la casa un caos.. ya, así está la esquizofrenia! En un momento está contento, y luego nosotros, como madres y como padres, ¡no ponemos ese límite hasta aquí! “Sabes qué, yo tengo muchos problemas contigo, como pareja, y no quiero causar más daños a mis hijos, mejor cada quien nos vamos por nuestro lado”. Pero, tal vez yo no lo hice, me dio miedo, y no me enfrenté en su momento a eso, sino que dejé que pasara. ¿Y qué, qué pasó? El que se hizo más daño fue mi hijo, no yo, yo soy blanca palomita. Pero... ese es uno de los grandes temas que vemos en cada una de nuestras familias... no me quiero sentir culpable, sino que con nuestras actitudes cómo hemos ido dañando a nuestros hijos, y ahora con nuestras actitudes ahora más abiertas, podemos ayudarlos a ellos. Y ayudarnos a nosotras mismas, eso me ha pasado, si yo estoy de floja o tiene como crisis, ¡ay, lo que siento es miedo terrible al verlo, hablarle, tocarlo, y llamo a la policía, o a ver quién ayuda... y no sé, yo se los estoy comentando porque... ahora por medio de esto de hablar, lo que siente A., me ha ayudado mucho. Ya no soy de las que habla... porque yo era de las que hablaba y llore, llore, llore y llore, haciéndome la mártir. Ahora es que ya no. Tengo que ponerme las pilas y tengo que trabajar mucho en mi casa, y mi hijo, con este muchacho, más que con todos los demás... y de los demás, ya recurrí a

decirles que yo necesito su ayuda de ellos, entonces, cualquier cosa, señalamiento, o cosas, yo ya nada más les digo, necesito tú ayuda. Y a mí, era una de las palabras que yo no la tenía en mi boca. Y ahora sí les digo, este, necesito tú ayuda, haz esto por tú papá, por tus hermanos, necesito esto. ¡Aunque digan misa, necesito ayuda! ¿Quieres hacerlo? ¡No, verdad...! Pero ahora he aplicado mucho, con este muchacho, he aplicado esto de “Ayuda, ayúdame, necesito tú ayuda”.

E: Bien, esto me lleva a una reflexión, la pregunta es... pero ya vamos a terminar, ¿por qué no nos sacamos la piedra del zapato cuando nos lastima? A propósito de... y lo otro es, a veces aprendemos a dar, y a dar de más, y a veces nos cuesta también solicitar ayuda.

F7: Yo siento que los padres nunca van a aceptar sus errores, a mí me está pasando, y hasta la fecha me sigue pasando. Mi hermano ahora aquí está, ahora tiene esquizofrenia, y mis papás siguen igual y lo estoy diciendo frente a él, no me va a dejar mentir, ellos siguen igual, en sus problemas. ¿Y qué está pasando? Qué no se están dando cuenta que también tienen otra hija, que si ya están viendo que uno está pasando esto, ¿por qué no hacen? Yo estoy de acuerdo con la señora, tratar... tratar de solucionar esos problemas, y así se los digo yo como hija de familia, si alguno de ustedes, como consejo se los doy, tienen problemas con su pareja, arréglenlos, arréglenlos, porque no solamente repercute en el enfermo, también hay más hijos que se sigue repercutiendo y no dejarlos también a la deriva. A mí me dejaron a la deriva, y ahorita... a penas el día de ayer me enteré que también yo tengo que tomar antidepresivos, no nada más es el esquizofrénico, son todos los hijos, todo lo que conlleva una familia...

T4: Esa es parte de la segunda pregunta que decía, ¿para qué sirve platicar todo esto? Yo, es la tercera sesión, y ha habido dos casos que me han ayudado... para eso sirven éstas... y la otra vez me dijo la muchacha... yo tengo dos hijas que no están enfermas, son menores que mi hijo enfermo, y creo que lo hizo muy a tiempo, yo las llevé a una terapia, porque yo no sé como ayudarlas y afrontar lo de su hermano, lo de su papá, lo de su abuelo...

E: Hay que tomar acciones. Entonces, haría un último comentario para cerrar esto y es, dentro de la familia qué es lo que les corresponde a los padres, cuáles son los temas de esposos, cuáles son los temas de padres a hijos, cuáles son los temas de hermanos y de los

demás que pudieran estar. Hay temas en donde los hijos no pueden meterse con los esposos, y hay temas de los hijos donde los padres no pueden ayudar aunque quieran. Y entonces habría que ver esas cosas. Pero bueno, tratando de cerrar este momento, les lanzo una pregunta, dos preguntas, y serían ¿Qué piensan y cómo se sintieron durante esta sesión? Varias voces: Bien, bastante bien, aprendimos algo en este día.

T1: Yo digo que deberían ser más seguido este tipo de dinámicas.

T4: Como que salimos de nuestro nido, porque pudimos compartir lo que me está pasando a mí, y mi hijo, el más enfermo de todo el mundo... no es el único.

T7: No es el único.

T4: Llegar aquí y decir “Mi hijo tiene esquizofrenia”, ya con eso uno tiene un alivio porque en toda la semana no puede llegar uno a una reunión de amigos “Ah, hola, qué tal, mi hijo tiene esquizofrenia”, pues no... Ya con venir aquí y poder decir...

T7: Pero enfocándolo a la última pregunta, yo creo que sirven bastante estas terapias, porque nosotros, cuando llegamos aquí, sí llegamos algo tensos, algo desmotivados. En estas terapias aprendimos mucho, por ejemplo, teníamos un pequeño problema en la familia de que rechazaban un poco al enfermo, o sea, no lo aceptaban muy bien. Pero también era por el mismo desconocimiento de la realidad y de las cosas, y entonces, nos fuimos llevando lo que fuimos aprendiendo de aquí a la familia, y ahora, es bien visto, bien aceptado, buena comunicación, o sea, se aceptó todo, pero porque fuimos también parte de esa información que aprendimos aquí, la comunicamos a la familia, y la familia lo asimiló rápido y todo se soluciona por ese lado, de que sirve, esto sirve bastante.

E: Voy a hacer un último comentario y cerramos. Es un espacio, insisto, psicoeducativo, no se tratan los problemas internos de la familia, se pueden hacer actividades semejantes, el dispositivo que les sugerí tiene sus fundamentos educativos, psicopedagógicos, de ahí que la discusión haya sido subgrupal y se haya podido abrir el diálogo. Y por otro lado, este formato también permite discutir otros temas, abrirlos grupalmente, opinar sobre ellos, y si uno no opina, al menos reflexionar sobre lo que se dice, y eso enriquece mucho. A diferencia de otras sesiones, no hubo mayor información, sino otros comentarios, pero también puede haber un formato de mucha información, bueno, hay diversas formas de trabajar. Si ustedes desean trabajar el tema muy personal de su familia, está el espacio

también de terapia familiar, que lo pueden solicitar, me parece, en el servicio, como parte de. Está también la parte de ustedes mismo, que busquen su propia, si es su tema personal, también buscar otro espacio, en el ámbito privado también sería otro, a propósito de los límites. Y aquí, la información que se les brinde con la familia, el paciente, la enfermedad, y el transcurso de ello. Bueno. Yo les agradezco el tiempo, la apertura, gracias por los comentarios y por la confianza. ¡Qué tengan bonita tarde!

Todos: Igualmente, ¡gracias!

APÉNDICE 4

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

4.1 Entrevista con trabajadora social 1

Duración: 60 minutos aproximadamente

Entrevista realizada el 6 de marzo de 2010

E: La investigación que estoy haciendo es para titularme en una maestría en psicología social. Y la investigación la estoy haciendo sobre el tema familias. El caso de este hospital. Entonces, el tema de investigación la he llamado “El significado de la familia. El caso del HPFBA”. En particular con trabajadores y con pacientes de fin de semana, usuarios de fin de semana en lugar de pacientes. El propósito de esta entrevista es preguntar sobre el tema familia, ver que apreciación tienen ustedes sobre la noción familia y sobre el trabajo que tienen como experiencia aquí en trabajo social. Ya tienes bastantes años trabajando.

Trabajadora Social 1 (TS1): Veintidós años. Nada más que aquí en parcial no. En parcial tengo diez años.

E: Diez años. ¿Y trabajando con familias esos diez años o los veintidós años?

TS1: Pues siempre se trabaja con el paciente y la familia. Ya sea en hospitalización continua o en este servicio. Pero sobre todo es aquí en Hospital Parcial donde más se trabaja con la familia porque es un trabajo de equipo. Y pues como aprovechamos que hay terapeuta familiar, el Dr. JHH, pues... él se encarga de este apoyo, desde luego, con la experiencia que tiene en familias y pues de esa manera es como... pues sí... se canaliza o se trabajan algunos aspectos.

E: Ya... pero en trabajo social, ¿cómo abordan ustedes el tema familia en este servicio?

TS1: El servicio, el tema de la familia la abordamos desde el momento que ingresa el paciente, ¿sí? Esto es porque no nada más le damos atención al usuario. El usuario pues tiene una familia, es su primer grupo de origen y del cual debemos de saber bastante información para poder hacer un trabajo integral.

E: ¿Y qué información es la que ustedes requieren?

TS1: Lo que nosotros requerimos es, por ejemplo, este... de si tienen papá, mamá, hermanos, qué número ocupan en orden de primero a último, o si son hijos únicos, eh... hijos adoptivos, eh... en fin. Y de ahí, cómo perciben ellos al papá y cómo perciben a la mamá.

E: ¿Y eso que utilidad tiene, es decir, la apreciación que tengan hacia el padre o hacia la madre?

TS1: Sí. El temor que tengan para poder comunicarse con ellos.

E: Ya.

TS1: Y sobretodo la violencia intrafamiliar que se da con ellos.

E: ¿También sería un aspecto importante recabar información al respecto de la relación con la familia?

TS1: Si.

E: ¿Y por qué la violencia en particular?

TS1: Pues hay pacientes que... bueno, hay violencia intrafamiliar porque de esta forma educan a sus hijos, a golpes, o sea, de manera verbal y física. Hay pacientes que dicen, bueno, “mi papá utilizaba eso para corregirnos, para educarnos, y con el cinturón, la mamá con el cable de la plancha”; los han llegado a lastimar, también, en partes donde no sean visibles, en las pompis, en la espalda, bueno...

E: Es decir, ¿el tema de la violencia es un tema recurrente cuando llegan a entrevistar a las familias de los usuarios.... al menos en este espacio?

TS1: Pues en la mayoría de los casos. Y tenemos un gran número de... también de abusos sexuales en la infancia, ¿sí? Y por lo regular son... esas personas son abusadas por familiares.

E: Aparece como un patrón común.

TS1: Sí. Un tío, un hermano, el padre, este... son familiares lo que hacen... este... pues es acto.

E: Claro. El tema de la violencia, el abuso sexual, son temas que aparecen en la historia o en la información que ustedes recaban sobre la vida familiar del usuario.

TS1: Si, también su manera de conducirse como padres... de que hay esta... este desacuerdo, por lo regular en los pacientes esquizofrénicos nos encontramos de que tienen a un padre violento y una madre sumisa. O lo contrario...

E: Una madre violenta... y un padre...

TS1: Sumiso. Sí.

E: Es un tema que aparece. ¿Y qué otros temas, por ejemplo, además del maltrato, la violencia a las que haces referencia y el abuso sexual en la infancia que aparece en el tema de la familia, que otros elementos aparecen, en particular que le llaman la atención?

TS1: Tenemos que abordar comunicación, relaciones familiares, qué rol ocupa cada uno de ellos. Porque muchas veces hay una sola persona que asume el rol de... por ejemplo, las actividades del hogar. Entonces esta persona que asume todas las actividades se encuentra enojada, cansada, y pues no tiene comunicación con los demás. O cuando se comunica es con agresión.

E: Aparecería otro elemento más, bueno, anexo al maltrato.

TS1: Sí.

E: Que es una persona que lleva a cabo funciones de la familia... la va dirigiendo... ¿o como decirlo? Es un dato interesante. Y esta información que me está diciendo, será lo que aparece en el tema de las familias, o lo que ha aparecido en estos diez años, en su experiencia.

TS1: Sí. Creo que son las que más recuerdo. Hay infinidad de cosas, ¿no?

E: Y, dentro de todo eso, se me venía a la mente, no se si llamarle el nivel socioeconómico de las familias de los usuarios, es decir, si hay alguna clasificación al respecto, si ustedes tienen algún parámetro de las familias de los usuarios. Es decir, en su nivel socioeconómico.

TS1: Ah, ya. Bien. En cuanto al nivel socioeconómico hay seis niveles.

E: ¿Ustedes tienen esa clasificación o el hospital brinda esos seis niveles?

TS1: Nosotros hacemos la clasificación de acuerdo a la gráfica que tenemos en el estudio socioeconómico, el puntaje que se lleve a cabo de acuerdo a la entrevista. Los puntos generales, quiénes viven en casa, quién se hace responsable de los gastos, cuánto gana el proveedor económico, cuánto se gasta en agua, luz, gas, teléfono, renta, medicamentos y, a

veces, este... hipoteca. Y también viene contemplado en el estudio socioeconómico lo relacionado a la vivienda, si la casa es de ellos, es prestada, rentada... en fin.

E: Estas categorías, me decía que hay seis niveles. ¿Cuáles son?

TS1: Son seis.

E: ¿Y cómo están clasificados? Es decir, ¿al número 1 que le correspondería?

TS1: Sí. Hay una escala que tenemos nosotros donde clasificamos... esta escala es de clasificación. Tenemos el exento, es un puntaje de cero a tres.

E: Serían los que no pagan.

TS1: Sí.

E: Es decir, tendrían condiciones económicas muy desfavorables...

TS1: Sí. Precarias. Tenemos un nivel 1 que es de cuatro a seis. Son de los niveles bajos que aplicamos en el 1 y el 2. El 1 es de 4 a 6 puntos, y el 2 es de 7 a 9 puntos. Dependiendo de la vivienda es el puntaje, ¿sí? Por ejemplo, si no tiene una vivienda propia, arroja un 0. El número de dormitorios de acuerdo al número que tenga de dormitorios viene 1, anotamos un número 1, tiene 1, 2, 3, en fin... y así. Entonces, recabamos todos los puntos y es de la manera que clasificamos; y si reúne una cantidad de 9 puntos, pues es un nivel 2. Si reúne de 10 a 12 puntos, un nivel 3. De 13 a 17 es un nivel 4. De 18 a 21 es un nivel 5. Y los de 22 a 25 por lo regular son nuestros pacientes subrogados que tenemos de ISSSTE, ISEMIN y PEMEX.

E: Y que son canalizados a este servicio.

TS1: Tal vez son los que pagan.

E: Y los costos por ejemplo, de atención, ¿cuánto sería o lo más que podrían pagar, por ejemplo los subrogados?

TS1: Ah, no. De ellos es una cuota fija.

E: ¿Ellos cuánto llegan a pagar?

TS1: Me parece que, hace tiempo, en este momento no lo tengo muy presente, eran de más de 300 pesos diarios, los de PEMEX.

E: Los de PEMEX.

TS1: Son los que pagan más. Los de ISSSTE, los de ISEMIN.

E: Pero lo hacen a través de la institución, es decir, a través de la prestación que tienen.

TS1: Sí. Y los del ISSSTE traen un formato que es el SM314 que es un formato, un acuerdo de institución a institución en donde... es como un cheque a la institución en donde entrego el formato de SM314 y con ese se libera el pago a nivel usuario, pero lo paga la institución, no el familiar.

E: Esta información de la clasificación que me está diciendo, ¿qué dice en torno a los pacientes, o más bien, a la vida familiar del paciente o usuario? Es decir, cuando hay pacientes exentos de pago y pacientes que son subrogados, es decir, ¿qué le dice en torno al tema familia esta clasificación?

E: Sí, aquí se les dice que, porque inclusive vienen a decirnos que por qué a otros de los pacientes les cobran menos y a él más. Pero si tiene casa propia, le explicamos, que si tiene casa propia, el puntaje se eleva. Si tenemos, digamos, que tiene casa propia, tenemos sin vivienda le anotamos un cero que es que no tiene, no hay nada que anotar. Que si tiene jacal o choza, pues es 1. Que si cuartos improvisados, 2. Si tiene casa o departamento popular, es un tres. Y si tiene su casa o departamento en zona residencial, es un nivel 4. Entonces sumamos y por ese motivo, si tiene casa propia, se eleva el puntaje y se cobra más. Si tiene también más de una recámara... hay personas que nada más tienen un cuarto para usos múltiples, es sala, comedor, recámara y tienen un baño comunal; por lo regular son los pacientes que tienen una clasificación de exento o nivel 0 que es lo mismo.

E: Y de la población.... No sé, no sé como esté construida esta clasificación, pero me imagino que ha de haber un nivel de proporción diferente que es exenta del pago y gente que hace ciertas aportaciones y, por supuesto, un parte de los subrogados. ¿Tienen información al respecto?

TS1: No... bueno, yo no. No tengo la información. Nosotros aplicamos nada más el nivel de pago de acuerdo con la información que nos da nuestro usuario o su familiar.

E: Eso en cuanto a recabar información. ¿Y qué más hace trabajo social en cuanto a la vida familiar o la condición familiar de los usuarios?

TS1: Sí. Trabajo social hace entrevistas de primera vez, subsecuentes; notas en los expedientes, por varios motivos, ya sea porque faltan al servicio, o cuando el médico cambia su cita, nosotros hacemos las llamadas y hacemos la nota. O cuando se hace el ingreso, hacemos la ficha socioeconómica y hacemos el estudio psicosocial, entonces

también hacemos una nota de que se ingresó con esa fecha y de que se aplicó nivel tal y que también aplicamos el estudio psicosocial. Hacemos esa nota de manera, en orden cronológico como lo hace el médico.

E: ¿El estudio psicosocial en qué consiste en el caso de ustedes?

TS1: El estudio psicosocial, la primera parte es toda la información, la dinámica familiar que le llamamos nosotros, toda la información que nos da nuestro paciente, ¿sí? Que si es soltero, casado; con quiénes vive; que si tiene casa propia; que si depende económicamente; que cómo es su comunicación; sus relaciones familiares; que rol asume, si es originario del DF, si es de algún estado de la república y después armamos nuestro diagnóstico social, Esto es, pues armado con las técnicas que nosotros pues, la metodología que tenemos como trabajadoras sociales, en este caso, aplicamos una metodología de trabajo social de casos.

E: Metodología social de casos.

TS1: Porque es este, de manera individual ¿sí? La comunidad sería trabajo social de comunidad. Y si fuera en grupo, trabajo social en grupo. Aquí trabajamos de manera individual y en otra área grupal.

E: Ya. La información sería individual. Y la información la recaban a partir del usuario.

TS1: Sí.

E: Y esta información, ¿Qué importancia tienen... en el caso del estudio psicosocial, qué utilidad tiene el trabajo aquí de parcial?

TS1: Pues sí, una gran utilidad porque al reverso de nuestro estudio psicosocial tenemos el familiograma, y con el puro familiograma nosotros podemos ver qué familia, de manera rápida echamos un vistazo rápido a nuestro expediente y vemos “a ver, el paciente cuántos años tiene... ah, pues 20, o 50 o la edad que sea.” Y lo fijamos en qué etapa y a qué grupo va. Bueno, los grupos aquí están clasificados por edad, por padecimiento y edad. Los sábados, este, están en el programa de depresión y los domingos de esquizofrenia. Entonces, pues sí, de esa manera sabemos que, este, el paciente es joven; qué hace, trabaja no trabaja, estudia; tiene adicciones, ¿a qué?; tiene papá, mamá; cuáles son sus redes de apoyo.

E: Redes de apoyo. ¿Y eso que sería, las redes de apoyo?

TS1: Redes de apoyo. Con qué recursos humanos cuenta el paciente de que le den alimentación, de que le ayuden con su medicamento, pagar sus medicamentos, vestido, o que está estudiando y, entonces, no aporta dinero para la casa. Depende de sus padres.

E: Esta información entonces sería para el trabajo del equipo de atención, es decir, tiene información de primera mano.

TS1: Sí. Ya que de aquí, pues también los canalizamos a determinados lugares, ¿no? Y también nosotros trabajamos estos aspectos a nivel de trabajo social, podemos trabajar únicamente la orientación, lo que es externo. Lo interno lo trabaja psicología o los psiquiatras.

E: ¿Y lo externo qué sería?

TS1: Nosotros hacemos... hay otro tipo de estudios, completos, que no solamente son para sesión clínica, sino para abordar casos como lo que se detecta después del diagnóstico: que se dice que es un paciente en la etapa de adulto joven, que proviene de una familia tal, por ejemplo, nuclear, incompleta, extensa, y este... que cuenta con recursos económicos o no los cuenta, pero que hay dificultad de si es soltero, tiene problemas de que... ya no puede continuar con sus estudios porque, este, falta lo económico, entonces ahí nosotros tendremos que orientarlo acerca de que cómo obtener una beca, cómo poder continuar con sus estudios ya que hay pacientes que llevan excelentes calificaciones. Y, este, de esa manera, el apoyo familiar. Tomar en cuenta de que es un paciente que, pues que si recibe la ayuda, posteriormente también puede aportar, puede ser una persona importante en el rol de lo económico.

E: Entonces eso se refiere en cuanto a la atención externa, a nivel de orientación, de canalización.

TS1: Sí.

E: Y este tipo de trabajo, ¿cómo lo ven, por un lado, los usuarios, los familiares de los usuarios y, a su vez, como lo ve el resto del equipo de aquí de parcial?

TS1: Pues sí, trabajamos de una forma, como le mencionaba, en equipo, y cada uno hace su labor de acuerdo a su preparación académica. Por ejemplo, los psicólogos, apoyan en el diagnóstico que está en el formato médico, en el psiquiatra, es como se reafirma el concepto del diagnóstico. Y nosotros, bueno, lo psicosocial, todo lo que se pueda hacer a

favor de los pacientes de manera metodológica. Y aparte, las canalizaciones que se hacen, bueno, si hay problemas de pareja, y si tenemos los recursos aquí en la institución y aquí en el servicio, se canalizan con el Dr. JHH, si hay problemas de pareja.

E: Se refiere al programa de atención a familias.

TS1: Exacto.

E: Ah, OK. En el caso... ustedes han trabajado en trabajo social... ustedes han participado en el Programa de Atención a Familias. ¿Cuál ha sido su participación en ese programa?

TS1: Bueno. Bueno, lo que pasa... es que participamos en las crónicas, en la elaboración de crónicas en la cámara de Gesell, en donde nosotros podemos, ver a través de esta cámara, toda la escena familiar, que lleva a cabo el terapeuta y el coterapeuta.

E: Estamos hablando de terapia familiar o exploración familiar.

TS1: Sí, primeramente, el Dr. H lleva a cabo una exploración familiar para saber qué está pasando con la familia; posteriormente se habla con ellos, se hace un contrato de tal forma que si están de acuerdo, bueno vamos a trabajar comunicación, por ejemplo, entonces, me llevo tantas sesiones, de qué fecha, cada cuánto, con que horario, y si están de acuerdo, entonces programan una próxima cita para la continuidad del caso.

E: Y en caso de... como trabajadora social, lleva a cabo funciones de redacción de crónica, ¿qué más utiliza?

TS1: Pues utilizo las técnicas de observación, que eso se lleva... todo lo que se escribe u se observa, se conjuga al término de cada sesión familiar, se lleva a cabo el, este tiempo de espacio posclínico, en donde nos reunimos, el terapeuta, el coterapeuta y las personas que estamos en cámara, y nos pregunta a los de cámara, cómo los vimos, qué vimos y qué opinión damos acerca de la familia.

E: Y en estas actividades, como parte de un equipo de trabajo y como trabajadora social, ¿qué información es la que obtienen a través de las crónicas?

TS1: Pues realmente interesante, porque el terapeuta aborda a la familia, y de ahí les hace una devolución, qué es lo que vio y ahí se detecta... bueno, hay varios problemas, trabaja el prioritario, sí, y es el que comienza a trabajar, y para nosotros es de gran utilidad conocer toda esta... gama de lo que concierne a una familia y ya, cómo está en este momento, y nos damos cuenta también los resultados al final de este tratamiento.

E: Y en ese sentido, ya que estamos hablando del abordaje que se lleva a cabo con la familia de los usuarios, ¿cómo se concibe a la familia dentro de este programa de atención?

TS1: Pues realmente es lo principal porque todos provenimos de una familia y es, como lo mencionaba al inicio, es el primer grupo que conocemos, qué es la familia, yo lo veo como un molde, como una gelatina, aunque no se vale la comparación, pero la forma que yo le quiera dar a ese niño es la que va a tomar. Si yo le enseño que salude, pues lo va aprender; valores, va a respetar; socializar, se va a comunicar; hacer tareas, ya sea de su escuela o en la casa, pues aprende roles, este... también aprende a la distribución del dinero, el valor del dinero, cómo se gana, cómo se distribuye, cuál sería la forma de su mejor utilidad, y pues que sea una persona pues de bien, en es sentido,

E: Esa sería la concepción de familia. Y en cuanto a... ¿cómo se le concibe a la familia del usuario de hospital parcial?

TS1: Pues es el núcleo, es lo más importante, le digo... le vuelvo a repetir, todos provenimos de una familia. Nadie podría decir “yo nací de un árbol”, no sé. Para mí es lo más importante, son las bases principales del ser humano.

E: Es lo principal, el núcleo. Me llama la atención la comparación que hace de la familia como un molde, como una gelatina, como... la entiendo como una forma de ser malea... susceptible de ser moldeada, no maleada, moldeada. Entonces, en ese sentido, no sé si esa comparación tendría que ver con el trabajo que aquí se lleva a cabo con las familias, es decir, un tipo de molde o *moldeaje* que se hace con ellas cuando se interviene en el caso de la terapia.

TS1: Sí, ahí es la reeducación.

E: Reeducación. ¿Qué significa reeducar... a una familia, sería eso?

TS1: Pues digo que sí, les enseñan la forma de comunicarse, hay personas que se comunican con violencia, o que se comunican muy poco con sus familiares, y entonces aquí, el terapeuta se encarga de hacer, qué será... aplica ciertas técnicas y deja tareas para que, por ejemplo, en el caso de los afectos, qué sienten cuando alguien les pone la mano... cuando alguien tiene un problema, cuando alguien les dice “no te preocupes, yo estoy contigo”, le da una palmadita, y entonces ¿qué sienten? “Pues me siento que estoy acompañado, me siento que no estoy, este, sólo, me siento reconfortado, me da ánimos de

continuar en lo que estoy, aunque estoy muy triste, yo continúo con mi problema”. Pero para bien, tratando de mejorar las cosas.

E: Y, en términos de tratamiento, porque entiendo que el foco de atención aquí es el paciente, ¿qué influencia tiene el trabajo con la familia en el tratamiento que recibe el paciente? ¿Cómo ha visto, no se si llamarle una influencia... estoy asumiendo que hay una influencia directa... cómo podría explicar la influencia que tiene el tratamiento hacia el grupo familiar en, aquí le llaman la rehabilitación del paciente? ¿Hay logros, este, o qué hay, qué se obtiene?

TS1: Pues sí, hay logros. No solamente lo verbal, lo que externan los pacientes, de que dan las gracias a los terapeutas, al equipo, en el sentido de que “Bueno, he logrado muchas cosas como el obtener un trabajo, yo tenía inseguridad, yo no me podía comunicar con mi familia, me daba temor hablar con mi padre o con mi madre de lo que me estaba sucediendo, me fui a otro grupo porque yo no era escuchado”... al paciente se le, este, trata de una manera integral que es por medio de los fármacos, la terapia y lo que le dicen los psiquiatras y el equipo: 50% es la familia 50% la institución. Aquí en el programa de los domingos, que es la esquizofrenia, les proporcionan el medicamento a los pacientes, pero muchas veces la familia no se hace responsable, y no se toman el medicamento. Lo tiran, y el paciente nunca va a mejorar.

E: Entonces habría una delegación de responsabilidades para el tratamiento del paciente en la familia.

TS1: Sí, al inicio. Pero cuando se van de aquí, ya dados de alta por mejoría, pues los paciente se hacen responsables por sí mismos de su medicamento, empiezan a trabajar, o a veces continúan en sus estudios, y a veces se integran a su familia de tal forma que ya son funcionales.

E: A como habían llegado al inicio. ¿Y cuánto tiempo pasan, no sé si llamarle tiempo, en promedio, para ser dados de alta por mejoría?

TS1: En el programa de los domingos que es de esquizofrénicos, *uy*, pues pasa año y medio o dos años o más tiempo. Dependiendo de cómo sean los avances en el paciente. Hay paciente que como que remiten más rápido, y hay otros que como que van más lentos.

E: Y de eso también depende el grupo familiar, en cierto sentido.

TS1: Sí, de la familia y de la respuesta de cada organismo.

E: Mmm, también. El medicamento, el tratamiento, la sistematicidad que pueda tener...

TS1: Y en los pacientes de sábado, hay pacientes que hemos tenido de seis meses a un año que ya se van de alta, la gran mayoría en seis meses remiten su cuadro, bueno, dependiendo, cada organismo, los que estén dispuestos al cambio, pues salen bien. Pero los que no quieran, pues aunque estén un año, dos años, lo que sea, si no hay cambio, o se dan de alta por máximo beneficio.

E: Y esa resistencia al cambio, ¿qué esferas tocaría?

TS1: Pues sería de él y la familia. Pues él que quiera, que acepte el... las condiciones del servicio, lo que le proporciona, y bueno, la información que se le da, en qué consiste. Y... sobre todo porque son pacientes ambulatorios; algunos están más controlados, otros no, pero son como más rescatables, como que están más conscientes de lo que les está sucediendo, ya saben que enfermedad tienen, y están como enterados de todo esto que les está sucediendo, y esto es porque también se integran al grupo psicoterapéutico, al grupo de orientación para pacientes, para familiares, ahora tenemos musicoterapia, dibujo, expresión artística, y otro grupo que es de animación.

E: Qué serían los espacios que ayudan a la rehabilitación del paciente. Y en el caso de la atención familiar, de la atención en terapia o de la exploración familiar, pero ¿qué con el grupo de psicoeducativo? ¿También se lleva en sábado?

TS1: Sí, también, pero nada más con los pacientes. Porque ingresan sin familiar responsable.

E: Ah, ellos no entran con familiar.

TS1: Ellos no. Ingresan solos todos. Pero, eh, yo como trabajadora social, me gustaría que existiera la otra parte, de información, así como en los pacientes de esquizofrenia, me gustaría el programa igual.

E: ¿Y qué lo justificaría? Trabajo con los familiares de depresión.

TS1: Que estén enterados de qué es lo que le pasa su paciente y qué se puede hacer.

E: En su opinión, no es suficiente el trabajo que se realiza con el usuario.

TS1: No. No porque ellos vienen a su grupo de terapia, pero el familiar no está enterado, entonces, como que la otra información hace falta, la información del familiar.

E: Cuando yo estuve aquí, no estaba la clínica de la depresión. Pero en ¿qué medida se aborda el tema de la familia con ellos con los pacientes depresivos?

TS1: A mí me gustaría que les dieran los mismos temas que les dan a los pacientes para que estén enterados qué es depresión, qué fármacos consumen, cuáles son las reacciones secundarias, el tema de la familia y todo lo que conlleva las relaciones familiares, creo que la gran mayoría de las personas no tienen conocimiento.

E: No tienen conocimientos de estos temas. Y en el caso de los domingos que sí hay un trabajo con los familiares de los pacientes, este, ¿cuál ha sido la experiencia de trabajar con los grupos psicoeducativos y en el taller de resolución de problemas? De alguna manera también se toca el tema familia. ¿Qué se obtiene en esos espacios?

TS1: Se obtiene información de acuerdo a... este... el padecimiento del paciente, y el lugar que ocupa la familia, lo importante del apoyo familiar, qué... sobretodo, ellos dicen “es que es un tonto, me quiere ver la cara, es un flojo” y después, opinan, “bueno, es que por su enfermedad este... bueno, se presenta de esa manera con nosotros”. Y también con los fármacos, algunos causan somnolencia, entonces, todo eso, que da conocimiento.

E: Y cuando entran estos familiares a los espacios psicoeducativos, ¿cuál es su... no lo sé... en su opinión de usted, cómo viven al principio estos espacios los familiares?

TS1: Al inicio, como desconcierto. Porque primero “¡Ay, qué nos irán a dar! Si ya todo lo sabemos, ya sabemos que tenemos un paciente enfermo que no... que no tiene cura, que va a tomar medicamentos de por vida”. Y tienen esta idea errónea de que se va hacer... de que es un paciente adicto a los medicamentos.

E: Aparece también ese tema, relacionar la “medicalización” con las adicciones. Ah, pues está interesante.

TS1: Y después, pues cambia el concepto de todo esto. Después de las sesiones, pues dicen “Ya estoy enterado de qué es lo que hace una pastilla en el organismo de mi hermano, de mi esposo”, qué sé yo, ¿verdad?, que lo mantiene controlado y lo puede ser funcional.

E: Hay un cambio que se tiene del paciente, de sus relaciones también.

TS1: Sí, todo. Todo cambia, empieza a funcionar una familia disfuncional, empieza como que a tomar su cauce, y se convierte en una familia funcional.

E: ¿Y qué indicios serían de que una familia es funcional o que comienza a ser funcional?

TS1: Porque algunas familias están acostumbradas a que el padre es el que busca el dinero para la solvencia económica, y cuando él es el paciente, pues ya deja de trabajar “Y ahora, qué vamos a hacer”, y entonces... algunos no saben qué hacer, “no tenemos qué comer, no tenemos para el medicamento, este, o que está muy loco, no sé qué hacer”. Entonces, como que aquí se les comienza a orientar qué sería bueno hacer. Bueno, si la señora no tiene una profesión o alguna otra cosa en qué desempeñarse, a lavar o a planchar, hacer quehaceres domésticos; los niños, pues van de cerillos a los... estas tiendas de autoservicio, y empiezan a, también, a ganar dinero, y este, de esta manera, le dan soporte a la familia, de que ya no es la preocupación de “ahora, ¿qué vamos a hacer?”, ¿No? Y los niños que ya están en la etapa de casi apunto de la adultez, comienzan a trabajar, algunos estudian y trabajan, y empieza... y esto se empieza a resolver, el problema económico, y entonces, ya con la información, comienzan a dar soporte al paciente, empiezan a comprender la situación, que es un enfermo y le dan ánimo en ese sentido “Ya no te preocupes papá, ya nosotros, este, estamos ganando dinero, este, tú, lo más importante es que te cures, que te mediques, que vengas a tu terapia, es más, nosotros te traemos, y nosotros también entramos a terapia”.

E: Hay una disposición también a involucrarse en la atención que recibe el paciente y, por ende, también la familia.

TS1: Claro.

E: En este caso...

TS1: Empieza así a funcionar. La comunicación también “Como que ese hombre no habla”, y dicen “era una persona muy sociable, y ahora no habla, ¿pues qué le estará pasando?” Y ya con la información, también esto cambia, y también las formas de psicoeducación que dan en el psicoeducativo, y que la forma, de que todo es comunicación aunque no lo hablemos, las formas de comunicarnos, con lo hablado, con la mirada, en fin... y ellos lo ponen en práctica.

E: Esto, ahora lo estoy pensando, esto es lo que usted ha visto con los familiares del paciente esquizofrénico. Pero esto no sucede con los familiares del paciente depresivo. Y me estaba diciendo, bueno, sería adecuado que esto también se abordara. Pregunto esto, porque... de alguna manera existe una demanda del paciente depresivo de que se trabajen esos aspectos sobre la familia.

TS1: Sí, pero también hay mucha deserción... en ese programa. Quiero pensar, yo como trabajadora social, que hace falta las intervenciones familiares, ya conocemos a la familia a través de nuestro paciente. Pero a mí siempre me gusta entrevistar al paciente, al papá, a la mamá, a los hermanos. Si hay oportunidad de manera individual, y después, de manera conjunta para saber de qué manera se puede trabajar con ellos. Pero como aquí nada más viene el paciente, pues no sabemos lo más... este... lo más sustancioso que, para mí, pues es la familia.

E: La información que no van a recabar, el simple hecho de que ellos no estén ahí presentes. Digo, resulta interesante esta comparación, ya que con este relato que me dice de las familias, con el lazo de los familiares de los pacientes esquizofrénicos, pero no así con los pacientes depresivos. ¿Qué justifica no trabajar con la familia del paciente depresivo? No sé si eso esté planteado explícitamente o, en su caso, se asuman ciertos supuestos con el paciente.

TS1: Sí... bueno, para mí, es nuevo, eso del programa, tiene poco tiempo, aproximadamente un año. Entonces, creo que en la marcha se van corrigiendo, pero para mí, para mí, si es muy importante la familia. Igual y yo no conocí el programa de parcial en sus inicios y cómo haya sido. Igual y, o sea, no me he puesto a investigar, si en aquel entonces era sólo con el paciente o de manera conjunta, integral con la familia.

E: O sea, que cuando llegó aquí a Parcial, ya estaba un programa establecido, para la atención a familias.

TS1: Sí, sí.

E: Y dentro de su visión como trabajadora social, trabajadora del hospital con bastantes años, ¿qué ha logrado Parcial en el tema de la atención de los usuarios, en el tema de la esquizofrenia paranoide, y después con el tema de la depresión, en relación con el tema familia, qué es lo que ha logrado?

TS1: ¿Qué ha logrado? Pues este, lograr que el paciente no tenga frecuentes recaídas, otra, que se integre a su familia, porque en algunos casos, pareciera que el paciente está sólo, que nunca tuvo familia.

E: Pareciera que está solo. ¿Por qué pareciera que está solo?

TS1: En algunos... nadie lo acompaña, es más, algunos desertan porque... pues no, no viene su familia, no se ocupa nadie de ellos. Vienen sin bañar, no se alimentan bien, hay algunos que se salen de su casa y los familiares permiten que se vaya, así, no le hacen caso, que se salga y que venga cuando quiera. Es más, los rechazan, dicen “es un loco, no tiene remedio, yo no lo quiero en mi casa”. Lo veo mucho en hospitalización continua, se trabaja mucho, o sea, como trabajadora social, es agotador esta inserción del paciente a su familia porque a veces vienen, los abandonan y ya no quieren saber nada de ellos. Y cuando vamos a su casa, no los quieren recibir. “Sabe qué, ¡lléveselo!, se lo regalo, me causa muchos problemas”. O les da pena tener un enfermo mental en su casa. Con sus vecinos dicen que lo llevaron al dentista, que lo llevaron al cardiólogo, o a otra especialidad pero no al Fray. Es más, nos piden que unas cuantas antes dejemos la ambulancia y que no vean que los llevamos del Fray.

E: O sea que sigue existiendo esta cuestión del rechazo, por parte de la familia, en particular, hacia el enfermo mental.

TS1: Sí.

E: Rechazo, exclusión, puedo entenderlo...

TS1: Y la idea que tienen de la institución: que los bañamos con agua fría, que les ponen camisa de fuerza... pues en fin, muchas cosas, que no es verdad.

E: ¿Y esto qué le parece? Es decir, esta cuestión del rechazo, de una familia a un miembro que padece una enfermedad mental.

TS1: Pues el desconocimiento, pues por el desconocimiento lo rechazan.

E: Es decir, el desconocimiento, no hay información suficiente sobre este tema.

TS1: O una idea errónea de lo que es un hospital psiquiátrico.

E: Todo esto me resulta muy enriquecedor en cuanto al trabajo que ustedes realizan, desde trabajo social, los logros que se llevan a cabo. No podemos negar la influencia del trabajo que ustedes realizan aquí, pero le preguntaría algo muy personal, para usted ¿qué es la familia?

TS1: La familia, para mí es el grupo primario, como lo he dicho a lo largo de la entrevista, es el grupo primario que conoce el ser humano, y es el que moldea al ser humano, con sus... pues con toda la gama que conlleva de formación, de los padres, dándole estos

valores, este... ese afecto, y pues todo, creo que una personal, inclusive cuando la vemos dice, en un primer momento, no sé si es una familia funcional o disfuncional.

E: O disfuncional... Y de todo esto que me ha relatado, ¿qué le parece su experiencia como trabajadora social... qué le deja... qué le deja al estar trabajando con las familias?

TS1: Pues me deja una satisfacción y un enriquecimiento porque me han permitido trabajar con ellos. Creo que aquí es básico la confianza que nosotros les demos para que ellos se abran y estén dispuestos a la entrevista, ya que nosotros hacemos muchas actividades, como lo que le mencionaba, este, el estudio socioeconómico, psicosociales, notas de evolución, notas de primera vez, subsecuentes, pues entramos a los grupos de orientación, al tema familia, y en hospitalización continua, se trabaja otros aspectos, como ahí no tenemos el apoyo del familiólogo, entonces, nosotros trabajamos los aspectos a nivel orientación.

E: Canalización...

TS1: Hacemos unas seis entrevistas, acompañadas de la visita domiciliaria, el caso del paciente, desde la primera etapa, esta es, si fue hijo deseado o no deseado, cómo fue el embarazo, quién se hizo responsable del cuidado del niño en un primer momento, este... después en la etapa escolar, a qué escuela fue, si era sociable, si era retraído, si tuvo algunos problemas en el aprendizaje. Posteriormente vemos lo de la etapa de la adolescencia, qué aspectos fueron los que se presentaron en relación con el problema, en ese sentido, después, abordamos lo de la dinámica familiar, luego hacemos un diagnóstico, y los problemas que detectamos los trabajamos pero a nivel externo. Trabajamos comunicación, trabajamos relaciones familiares, roles, y todo lo que trabajamos a nivel de trabajo social. También hacemos una carta descriptiva y un contrato con ellos, si están dispuestos, entonces lo trabajamos de manera individual en sesión y finalizamos con la devolución, qué cosas se han logrado o por qué no se logró. También no siempre se logra el objetivo, si siempre, si ellos no colaboraron o no se comprometieron, aunque aparentemente decían sí, y se hace una evaluación de qué se trabajó, qué se logró, qué tanto por ciento de nuestra propuesta se logró. Se hace un cierre, y se anexa a un expediente, la información.

E: Y los familiares o el paciente, ¿qué obtienen de esto... de este trabajo que me está describiendo?

TS1: También quedan como muy agradecidos, porque dicen que en otras instituciones no les dan apoyo, que los hacen esperar pues mucho tiempo y a cambio de nada. Porque ellos piensan que no es... lo es da mucha fortaleza a sus hijos, el hecho de un abrazo, un beso, una palabra amorosa, y llegan a manifestar “así como besas a mi hijo, ahora me hubiera gustado que me besaras a mí cuando yo tenía esa edad; o que alguien me hubiera informado de cómo relacionarme sin violencia, que no hace falta los golpes para poder educar.”

E: Y esto se habla hasta que se llega aquí.

TS1: Sí.

E: Pues creo que ahí tenemos que terminar. El tiempo apremia. Le agradezco el tiempo y la disposición para realizar esta entrevista.

TS1: Qué pena que no haya podido colaborar como hubiera querido y de una manera más profesional...

E: No, al contrario. Me parece que esto es muy enriquecedor porque trata de la experiencia. O sea, más que de la cuestión de preguntas muy teórica, me parece que el tema de la experiencia, aquí se ha adquirido con el paciente, con los familiares, en diversos espacios como hospitalización y parcial. Me parece que es lo rico.

TS1: Sí, es gratificante.

E: Yo estuve aquí pero tuve otra visión y ya hace muchos años. Y a pesar de la distancia, me llama la atención lo que hacen y me sigue todavía sorprendiendo.

TS1: Y algo muy importante que olvidaba es la visita domiciliaria, que da un panorama muy diferente al que obtenemos a través de un escritorio.

E: ¿Qué es lo que obtienen ahí?

TS1: Que es totalmente diferente lo que nos comentan a través de un escritorio porque cuando llegamos al domicilio, encontramos muchas cosas agradables y desagradables. En algunas, este, tienen aislado al paciente, lo tienen ahí en un cuarto, y dicen “pues yo me asomo por las mañanas a ver cómo amaneció; si amaneció bien, abro la puerta y ya se integra y come con nosotros en la mesa, pero si amanece mal, lo dejo allá y lo dejo que se golpee, que rompa cosas, a ver qué hace, pero yo... lo aísló”. Y otras, pues ver también, como conocemos la vivienda, las condiciones de vivienda, vemos cómo, este, las madres

duermen con los hijos, ya son adultos, y siguen durmiendo con ellos, o los padres también con las hijas, o todos, y a veces no por falta de espacio...

E: ¿Entonces...?

TS1: Sino porque, según sus costumbres...

E: Pero eso, digamos, es muy peculiar.

TS1: Sí, y otras veces cuando están, este, en la forma en la que nos recibe, “Ah, pues que bueno que vienen” Pues como que esa casa no está... no siempre está así, arregladita, sino como que la prepararon para recibirnos. Eso también como que no es un panorama real.

E: O sea, es como un velo que se pone para que no observen una realidad familiar.

TS1: Y cuando llegamos nos ofrecen algo de comer o un vaso de agua. Pero también lo que vemos, sobre todo en la entrevista, las miradas, de que no lo hablan, pero nosotros que conocemos el lenguaje mímico, sabemos que, a veces le dicen o le toman la pierna o la ropa, así, “No hables”, no digas... “Ay, es que mi papá, es que esto...” y la mamá, tantito, “Ay, no hables, no digas...”

E: Hay cosas que se pueden decir y hay cosas que no se pueden decir.

TS1: Ajá, los secretos familiares.

E: Y que eso ya se tocan en otros espacios, si es que se llegan a tocar. Pero es importante eso, ¿no? Pero es importante eso, ¿no? Uno se da cuenta, pero también la privacidad de cada familia.

TS1: Y que veces dicen también los padres “Es que mi hijo depende mucho de nosotros”, nos damos cuenta de que es lo contrario. El papá, por ejemplo, hice una entrevista, donde el papa tiene un colesterol elevado, pero el médico le dijo que ya le dieron dos infartos y que no puede subir las escaleras rápidamente ni con frecuencia, no puede hacer movimientos bruscos, entonces, el paciente lava, plancha, prepara la comida, lo trae a sus consultas médicas, entonces ahí el paciente no depende del señor, sino más bien el señor depende del paciente.

E: Pues son muchos contrastes, ¿no?

TS1: Y él, cuando viene aquí, nos dice “Es que yo lo traigo, yo lo traigo a su terapia”.

E: Asumiendo una cuestión, no sé si es sumisión hacia el paciente...

TS1: Yo lo veo como dependencia.

E: Dependencia, bueno, interesante. Pero es lo que deja la visita domiciliaria, y que pocos tienen acceso a ella.

TS1: Es muy rica.

E: Puede ser muy favorecedor o desfavorecedor por lo que uno pueda llegar a ver.

TS1: Sí.

E: Pues muchas gracias. Creo que con esto podemos cerrar. Le agradezco el tiempo, la disposición y la confianza. Prometo hacer un uso responsable de este material. Es para terminar mi investigación, y la confidencialidad de la persona queda resguardada por mí.

TS1: Espero que le sea útil lo poco que le he aportado.

E: Muchas gracias.

TS1: A usted.

4.2 Entrevista con trabajadora social 2

Duración: 64 minutos

Entrevista realizada el 15 de marzo de 2010

E: Pues te había comentado, estoy realizando una investigación sobre, bueno, el título provisional de la investigación es El significado de la familia: el caso del hospital psiquiátrico, y entonces la información que he estado recabando ha sido con usuarios, con familiares de los pacientes y con trabajadores que tengan contacto directo con familiares o con familias de este servicio. A lo mejor podríamos comenzar hablando de tu experiencia en el trabajo con familias y a partir de trabajo social. ¿Cuál es tu experiencia?

Trabajadora Social 2 (TS2): La experiencia, cuando yo llegué aquí, ha sido un trabajo muy interesante, Armando, el hecho de que uno se relacione en la atención con familias es muy importante para poder brindar un apoyo más allá también al familiar, de cuando vienen con un estrés demasiado con los pacientes. Es un impacto cuando llegan a urgencias, y luego los canalizan a hospitalización. De ahí comienzas a ver que viene la familia en verdad muy angustiada, espantada, preocupada, ¿qué va a pasar con su paciente? ¿Qué sucede aquí? ¿Dónde lo van a tener? Y empiezas a ver una situación de... a lo mejor de esta forma yo también me reflejo como familiar de un paciente que tuviera y quisiera el trato también bien, entonces, yo creo que ahí empiezas a analizar y ver ese conflicto que trae la familia y no aceptar no querer... empiezas a trabajar, no inmediatamente en lo que nosotros como trabajo social llamamos y hacemos una ficha socioeconómica de entrada, y no solamente es la ficha socioeconómica, es bajar un poco esa tensión, esa angustia, y esa preocupación que traen y hablar con ellos. Para mí fue casi casi un reto así, donde el piso se llenaba, eran cuarenta y cinco o cincuenta pacientes y eran muy pocas trabajadoras sociales las que había. Ahora no, ahora la sala de trabajo ya es mínima, ahora dos trabajadoras sociales asignadas, ya también, en ese sentido, disminuye la carga de trabajo para trabajo social, y participar tanto con los pacientes en actividades de asambleas, de orientación, y todo eso, es bonito, pero a mí siempre me ha llamado más la atención trabajar con familias. La familia, para mí, te digo, no solamente, siempre he tratado de ver que no sea sólo económicamente,

socioeconómicamente para asignar un nivel, sino ver más allá de esa situación económica, esa dinámica familiar, esa relación, y del apoyo que tengan los pacientes, los familiares, cuando se va a dar de alta, a dónde va a regresar, a qué ambiente regresa. Ha sido muy importante en hospitalización. Aquí, en este servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana, me ayudó a conocer más todavía esa situación, el trabajo con familias. Me ha gustado mucho trabajar con el Dr. H, es una persona que tiene demasiada experiencia. El trabajo como que lo hace muy ameno, como dice, dinámico, en la situación de no dar tanta vuelta a las cosas, ser muy claro, entonces, a mi me ha gustado, en ese sentido, el trabajo con él. Y pienso que sí he aprendido, conozco ahora un poco más a los familiares, también ellos se integran bastante de hablar de sus temas, de la familia. Y yo creo que para trabajo social es un parte muy importante donde la familia en ocasiones comenta más que con un médico.

E: ¿Y eso a qué se debe, a qué trabaje más con trabajo social que con un médico?

TS2: Porque a lo mejor el médico trata de ver más el aspecto de medicamentos, y no el ambiente social, de la dinámica, de la relación que hay entre, estamos entrevistando y en la familia... entonces no hay esa participación de cuántos miembros hay en casa, cómo se comunican, cómo se llevan, cómo me describen a los integrantes de la familia, y cada uno de ellos, con quién se lleva mejor, cuando estamos tratando al paciente, con quién tiene más relación, o si hay algún problema con alguno de los hermanos. Porque realmente, al tener un paciente psiquiátrico, la familia se descompone. Entonces, hay pacientes que vienen y dicen... es que mi hija no lo acepta porque está enfermo, porque se está haciendo tonto, que no esta enfermo, que no quiere ni estudiar ni trabajar, entonces, con el médico no hay esa confianza, pero a lo mejor depende mucho de cómo tú estás entrevistando, la relación que estás teniendo con, este, en el momento, ver y platicar con ellos. Por eso te digo, para mí no es tanto una ficha socioeconómica ni un nivel, en donde se les va a asignar y vas a pagar. A lo mejor, este es el primer paso secuencial que se da, pero después es ¿cómo está usted, cómo se siente? Y aquí en el servicio, lo importante es que también, tienes tiempo para llevar un trabajo más largo, o sea, no que se quede en la ficha socioeconómica o en la dinámica familiar. En piso también puedes hacer las visitas domiciliarias, pero aquí se presta más, a que tu sigas un trabajo más completo, y en una visita domiciliaria realizan una entrevista con la familia o con algunos de los miembros de la familia y puedes ver esa

situación familiar de qué pasa, qué está pasando, en el ámbito familiar quiénes son los que discuten... y en ocasiones encontramos a familias con muchos problemas.

E: ¿Como qué problemas, por ejemplo cuando, una vez realizada la ficha socioeconómica, que entiendo que es la demanda institucional, hay que entregar ciertos datos, pero una vez pasado esto, qué problemas encuentran?

TS2: Por ejemplo, hacemos un familiograma, nosotros así lo catalogamos, en donde ahí detectamos, en ocasiones, cuántas parejas tiene, o es una familia nuclear, o cuando ya son familias extensas, cuando los familiares ya forman parte de otra, entonces, ahí vamos viendo, cómo se llevan, cuántos miembros de la familia son, muertes, abortos, lo vamos discutiendo en la entrevista, y esas situaciones. En ocasiones, los problemas que hay en una familia es el alcoholismo, los celos, la separación, el problema de la misma enfermedad del paciente, que no es aceptado, por el padre, a lo mejor ya los dejó porque no aceptó la enfermedad de él y no quiere hacerse responsable. La situación económica es otro de los problemas que incide en la dinámica familiar, y la comunicación, sobre todo que no hay una comunicación en el hogar, y problemas que así se van dando porque a lo mejor los hijos ya no quieren estudiar...

E: Y cuando llega el paciente o los familiares aquí a trabajo social, ¿cuál es el primer tema que exponen? ¿El tema de la enfermedad del paciente no sé si sobresalgan estos otros problemas?

TS2: O sea, primero estamos abordando lo de la ficha socioeconómica, y como tú dices, es la situación institucional que es lo que piden, los ingresos y todo eso, pero ya, al momento que le dices, vamos a elaborar parte de una dinámica familiar porque voy a hacer un familiograma, le explicas, ¿no?, y le dices, y esperas que ella te responda unas preguntas, y esa relación, y si hay algunas cosas que ella no quiera comentar, está en todo su derecho y se respeta y no profundizamos en esas cosas. Porque incluso hay aspectos de abuso sexual, que ellos también luego ya no quieren manejar, ni yo manejo ni ellos explican más; de los muertos, cuántos han fallecido, cómo han hecho este duelo o si lo han trabajado... ellos comienzan un poquito más a abrirse en la dinámica familiar. Mientras con una mamá se esté tocando sólo a ficha socioeconómica, ellos no te van a hablar. Hasta *despuésito* te comienzan a decir, “¿sabe qué? Que tengo problemas con mi hijo, yo no me imaginé que

esto fuera a suceder con él, y en la casa mi esposo ya se enojó, dice que nada más se está haciendo tonto, que no está enfermo, y que yo solamente le estoy permitiendo que... yo hago todas las cosas, que lo estoy sobreprotegiendo”. Es ahí cuando se empiezan a abrir ciertas cosas. Comienzan a ver problemas donde no están de acuerdo. La señora a lo mejor también va haciendo una reflexión en donde dice “yo soy así, a lo mejor no he hecho esto”, y van platicando las cosas. Yo no le voy a decir qué es lo que va hacer. Ella tiene que ir analizando las cosas de las que está comentando, cómo está la situación.

E: Podemos decir que en este momento, cuando se abren estos temas, estamos hablando de que, no sé si sea un primer momento, pero a lo mejor un momento particular en donde se abren los dramas familiares, no solamente la cuestión de la enfermedad.

TS2: Pero te digo, es más en la dinámica familiar cuando comienzas a abordar esa situación, cuántos miembros son y esa relación cómo se lleva. Es donde empiezan abrir cómo está esa comunicación, o los problemas que tienen de pareja, relación, que discuten, que el señor no se involucra que es más la madre, porque siempre resulta que es más la ama de casa, la mujer, así sea una trabajadora, ella es la que más se involucra en la enfermedad del paciente. El papá o hermanos no hay más involucramiento, es más la mamá.

E: Las mamás, las mujeres son las que más se involucran entonces.

TS2: Sí...

E: Más que los hombres.

TS2: Así es.

E: ¿Y por qué será esto, que las mujeres se interesen más que los hombres en los temas familiares?

TS2: Yo pienso que el hombre sí... se quisiera más involucrar. Porque a lo mejor por el mismo trabajo, el que nosotros como mujeres siempre decimos o justificamos, qué es lo que está haciendo que no se involucre, que no lo hagan partícipe, y a lo mejor deja es responsabilidad dejando nada más a la mujer, a la esposa, a la pareja, que se involucre más en esas cuestiones, y económicamente es el que aporte y nada más, y aquí está. Y esos son los casos que más vienen. Y es que dicen los familiares “Es que él nada más da el dinero, pero no sabe, no convive demasiado con los hijos”, ni con ellas. Él sale desde temprano a trabajar y regresa. Yo creo que también depende de uno de mujer que involucremos al

hombre a que se haga responsable, ¿no?, y es lo que estamos mal nosotras, como mujer. Tenemos que involucrar a los hombres a estas actividades en el hogar, aunque no solamente sea el problema económico.

E: Y por ejemplo, a propósito del familiograma, ahí ustedes podrían ver el tipo de relación que se establece entre las madres, las mujeres con la persona que padece una enfermedad mental en el HPFS, y más que los hombres, ¿no?, pero también podríamos pensar qué tipo de relaciones delimitan esto.

TS2: Ahí, en ese familiograma, como tú lo acabas de mencionar, en ese familiograma, vemos cómo convive la familia, con quién se lleva mejor, tenemos una simbología que nos permite ir reflejando el paciente con quién se lleva mejor, con mamá, con papá, con alguno de los hermanos, por qué no hay esa relación con el hermano, con el más chico... y vamos detectando los problemas y desde cuándo, ¿desde que apareció la enfermedad aparecieron los problemas? ¿O ya desde antes había ciertos problemas en la familia y no se habían detectado...? Pero a mí siempre me ha llamado el tema familiar. Yo, inclusive, en ocasiones, igual me pasa con algunas personas de que no solamente hacer una entrevista con base en una situación económica, ni hacer una visita domiciliaria con base en una situación económica. Hacer una visita domiciliaria con base en una relación, porque vamos a ver en el momento de estar con ellos quiénes son los que se relacionan, cómo se dirige esa entrevista, o la convivencia de ellos, quiénes... porque muchas veces en una visita domiciliaria no se descarta... hay unos que no están de acuerdo...

E: ¿Qué sucede cuando ustedes llegan a una visita domiciliaria?

TS2: Antes, tenemos que avisarles a los pacientes y a los familiares que si están de acuerdo. De hecho, siempre se les avisa desde que llegan aquí, todas las actividades del servicio, que también trabajo social puede hacer visita domiciliaria cuando lo solicita el personal médico para continuar con la dinámica familiar, que no solamente es la situación económica. Y entonces ellos ya están viendo que van a hacer una visita domiciliaria, les avisan a los familiares, pero sí, hay familiares que sí, no quieren estar, ellos no quieren involucrarse en lo que está pasando con los pacientes, y dicen “yo vivo aquí, pero no quiero saber nada”. Sí, ha habido momentos en los que estás en una entrevista, llegas al domicilio y bueno, ya llegó el familiar, pero de repente se para y dice “Sí, convivo aquí, pero no quiero saber de

nada ni saber de él, mejor me voy, tengo otras cosas que hacer”, así sea un fin de semana, que es cuando no trabajan, se supone, ¿no?, entre comillas, que la gente los fines de semana no sale a trabajar, nada más están en su casa o salen a divertirse, pero no, en el momento de la entrevista sí han llegado familiares que dicen que...

E: ¿Y qué es lo que llegan a detectar o a observar en la visita domiciliaria?

TS2: Esa relación entre los miembros, cuántos son los que están integrados, si es real lo que encontramos en el familiograma, si realmente en el familiograma son los miembros que están y que son los que tienen relación porque ya llevamos un antecedente, entonces, ahí detectamos realmente si checa la información que recabamos, o realmente no, si están sucediendo otros detalles ahí, que muchas veces es la comunicación, y que, en cierta forma, muchas veces también, la persona que nos dio una información aquí, no es igual a la de casa, ahí están otros puntos de vista, ya otros miembros se integran al familiograma, y que las cosas no son así, que está sucediendo esto, o desde otro punto de vista, y también de los familiares, vamos a suponer, de un hermano, en donde las cuestiones ya... “él, en verdad, está así, nada más me estás atacando así demasiado, nada más está haciendo travesuras, no lo dejan que haga nada, mamá sí le plancha, le lava, le hace las cosas, le da de comer a la hora que se levanta”, entonces, las cuestiones hay que hablarlas con el familiar, y pienso que al familiar se le ha ayudado mucho, en donde tiene que hacer esa separación de que el paciente no está incapacitado para hacer sus cosas, que lo deben ir dejando solo, entonces, es ahí donde el familiar empieza a trabajar ciertas cuestiones, no solamente del paciente, sino de ella, que está sucediendo con ella que se está sobreinvolucrando en esa situación, y no deja que el paciente salga solo, empieza a estar ahí. Empiezan a estar dándose cuenta de que sí, realmente. Lo mismo, en la visita domiciliaria, en la entrevista con los familiares, ahí van descubriendo esas cosas, de las personas que son, cómo se integra la familia. En ocasiones me ha tocado que está la mamá, el papá, nada más, y algunos dos o tres hermanos que empiezan a dialogar sobre esas situaciones, pues realmente ellos entienden y comprenden que no deben hacer tanto por el paciente, sino que lo deben de dejar de momento a pesar de la enfermedad; y más influye la mamá, entonces, la mamá preocupa por el estado de salud del paciente, no lo deja, no lo deja crecer, no lo deja ser, y ella está en todas las cosas.

E: Es decir, hay un reconocimiento de este tipo de relación a partir de la madre o hay un foco central en la madre.

TS2: Exacto, hay un foco central en la madre, la madre centrada en el paciente.

E: En ocasiones los familiares pueden llegar a observar esto. A lo mejor esto es algo que a lo mejor lo connotan o a lo mejor no lo hablan, y en el momento en el que ustedes llegan, es cuando lo llegan a abrir.

TS2: Así es. Es cuando se abren ciertas cosas, en donde, inclusive, para mí... hay momento en el que no se habla, de ahí que haya los espacios para hablar, para abrir los temas de los temas que están surgiendo, y se dan cuenta de que la mamá está sobreprotegiendo al hijo, no se comenta, hasta el momento que tienen una persona llegan a decir “Tú haces esto con él; es que tú”. No vamos lejos, hay un caso del domingo que el paciente es foráneo, viene de Q., es R., y a ese paciente lo sobreprotegen demasiado, casi siempre se le hace tarde, la mamá hace casi todo por él, pero el viernes viene hacia acá a casa de su hermano, para venirse para acá, y la hermana le pone a hacer cosas en su casa, porque está tiene que hacer ciertas cosas, ocuparse, y eso no le parece a la mamá, la mamá choca con la hija, y empiezan a haber estos distanciamientos nuevamente, y es donde dicen “es que mi hija se enoja por esto, se enoja por lo otro”, y son cosas que ellos no lo habían tocado, pero en la información la madre dice una cosa, la hija dice otra cosa, entonces a la hermana le hablo por teléfono y me dice “es que mi mamá... es que R. no ha cambiado nada, mi mamá lo sigue dejando igual, y todas las situaciones, de repente se ve bien, y a casa regresa y es la misma situación, se enojó porque aquí lo pusimos a hacer quehacer, lava algo de cosas, lava su plato por lo menos, barre, y esas cuestiones no le agrada a mi mamá”. Son varias cosas en las que la mamá se involucra demasiado y no permite que el paciente salga. Y si hay otra persona que también quiera y ve las cosas y que lo diga, se enojan, entonces no es tan fácil. Tiene que seguirse trabajando en esa cuestión de que lo debe dejar, de que no debe de hacerle todas las cosas. Que el hombre se casó, tuvo un hijo, y ahora ella lo tiene que dejar nuevamente ser. Estar ahí y continuar. La hermana de R. lo siente, ella analiza qué es lo que está sucediendo, cómo ve la situación porque yo no le digo “esto es así, así y así (golpeando la mesa)”, o sea, ni le voy a dar una receta, ni le voy a decir las cosas que están bien o están

mal. Que ella sola vaya trabajando las cosas y que vaya viendo qué está haciendo realmente.

E: Y cuando estas cosas emergen o se vivencian, no sé, me imagino que ha de haber un cambio en la atmósfera familiar y entre los familiares. ¿Qué es lo que sucede?

TS2: Malestar, el enojo, el estar discutiendo y en ocasiones, no comparten esa situación no están de acuerdo en las cosas, y se enojan, ¿no?, “Y es que tú no lo quieres, y es que tú no haces...” Y empieza la hija también a decirle “No, mamá, está pasando esto, y es que debes de pensar en ti, y también cuidarte porque tú también estás enferma...” cosas así, cosas que realmente no se van a hablar, o se dicen ahí, en el momento nada más de la entrevista, y pues ya no se siguen trabajando, entonces, te digo, tú tienes que seguir trabajando con el familiar, de esos mismos aspectos y esa situación que se está dando. Y que en esa atmósfera sí se llegan a enojar, inclusive se llegan a agredir, ¡a levantar!, de que no comparten las mismas ideas, y es válido, ¿no?, no todos podemos estar de acuerdo en las cosas, pero deben de llegar a pensar qué es la situación de que se está trabajando y por qué. Todas las cosas que están haciendo por el paciente, y la mamá debe centrarse más en pensar realmente “¿Qué estoy haciendo yo?”, pero lo debe trabajar ella sola, no le vamos a decir qué está mal, cómo lo debe de hacer, debe permitirle ser a él, ella debe de canalizar eso...

E: O sea, hay un enojo derivado de una evidencia de estas situaciones. Bueno, depende de la familia si lo ve o no. Y, en este sentido, cuando se trabajan estos temas... ¿cuántos años tienes de experiencia en el hospital?

TS2: 22 años.

E: 22 años... en este caso, ¿cómo te sientes cuando estás ahí en estos casos?

TS2: Ay, Armando, te voy a ser sincera. En un inicio, te comentaba cuando llegué, muy nerviosa, muy angustiada, había veces en que sí se me iban las cosas de las manos. No sabía realmente... a lo mejor en un momento dado, inclusive, la familia me abría tantas cosas que me sentía cargada de mucha información y no sabía manejarla, pero te digo, eso fue al inicio cuando yo recibí el choque...

E: El choque...

TS2: Ajá. Y ya después, cuando pedí mi cambio... con el paso del tiempo vas agarrando cierta experiencia, y vas agarrando cierta experiencia no solamente de lo que trabajas, sino

también estás con las demás personas del equipo, a mí me ha ayudado mucho y en especial en este servicio. El apoyo del Dr. H, en estar en grupos con él, el ver también cómo trabaja, pues eso me ha ayudado mucho a darme cuenta también y la clase de persona que es uno también depende mucho. Yo siempre digo que también depende de uno mismo, entonces, a mí eso me ha ayudado mucho, de enfocar esa situación de mi persona hacia la familia. Entonces, como que hay momentos en que sí me cuesta trabajo. Te soy sincera, yo el aspecto de la sexualidad, eso no lo abordo. Ahí sí me mueve demasiado, pero no en el sentido personal, sino en el sentido de que no sepa cerrar ese tema en un momento dado y deje a la familia más confundida. Ese aspecto sí, no lo toco. Te lo menciono ahorita porque hay el caso de una paciente que es de sábado, se llama E.

E: De depresión.

TS2: Está la paciente y que fue abusada sexualmente por un familiar. Pero es un tema que no se ha abordado ni en familia ni la paciente lo ha abierto claramente aquí, entonces, me pedían de una visita domiciliaria. Yo comenté que sí iba a ser la visita domiciliaria pero no abordar aspectos sexuales ni del abuso sexual, sino simplemente cómo era la relación, qué opinaban de la enfermedad, cómo se llevaban, cómo se veían, qué estaba pasando. Si en ese momento se abría ese tema, seguirlo trabajando, pero realmente es un tema muy difícil... de que son los mismos miembros de la familia los que abusaron de esta paciente, y como que sería un conflicto a estas alturas de que... si se tendría que abrir, si se abre, habría que trabajar con más entrevistas y con más trabajo, pero depende realmente de una persona que maneje el tema de la sexualidad, yo no lo manejo, ahí sí no. Mi punto de vista es manejar esa dinámica, esa relación, los conflictos que lleguen a haber, y qué opinan ellos mismos de para poder solucionar en ese sentido.

E: Entonces, en ese sentido, valdría la pena canalizarla a ella misma a trabajar eso.

TS2: Así es. Ahí es otra persona que es especialista y ya que ahí abriera ese tema. A mí sí me ha costado trabajo, desde el inicio, de abordar esos temas. Y pues te digo, hay gente que trabaja más directamente con la familia. En hospitalización, solamente que tú quieras hacer el seguimiento, lo vas a hacer. Pero si tu dejas en una ficha socioeconómica, ahí puede terminar. Y si tú vas a confirmar, solamente en hospitalización cuando vas a hacer una sesión clínica, cuando vas a hacer un estudio psicosocial, y aquí no, aquí te da la

oportunidad de estar más de cerca con la familia, con la persona, inclusive con el mismo paciente, ver con qué está trabajando. Cuando el paciente tiene seis meses en el servicio, ahí pues le hacemos una ficha socioeconómica, pero no es la intención de la ficha socioeconómica, es ver esa relación, qué ha pasado, qué cambios ha sentido. Igual la familia, qué ha cambiado, le ha beneficiado el servicio, qué han hecho, o ha habido cambios en la familia, qué ha sucedido, eso, ahí sí me interesa saber, ver, y ahora ya no me siento tan nerviosa, me he sentido mucho mejor, como te digo, los años, la experiencia te va permitiendo, también, darte cuenta de ciertas cosas. Y hay ocasiones en que escuchas a la familia primero, y después te pones a trabajar de lo que está sucediendo, qué está pasando, pero que ellos sea, lo vuelvo a decir, que analicen lo que están trabajando.

E: Y por ejemplo, ¿qué cambios se pueden observar o has observado cuando haces la ficha socioeconómica inicial y después de seis meses, después de cierto tiempo, qué es lo que se observa o has observado?

TS2: Me ha dado, en ciertos pacientes... te voy a ser sincera, no en todos, esa situación de que si han logrado un cambio por los grupos que han tenido, en donde se han dado cuenta que realmente sobreprotegen al paciente, en donde no los dejan que ellos, este, realicen sus actividades, el familiar... me he dado cuenta de que no solamente eso, que hay cosas en mí y que tengo que trabajar, y me han salido muchos familiares que han querido terapia porque se han dado cuenta de que ellos no han estado bien de esa situación para trabajar solamente lo del paciente sino de él poderse relacionar con toda su familia. Entonces sí ha habido un cambio, pero no solamente de él, sino el cambio es mío, y es ahí donde se ve, que después de seis meses darse cuenta de que no es solamente el paciente sino que es un núcleo familiar, es ver qué está sucediendo con él y darse cuenta de la problemática que hay, pues en ocasiones como vemos a un paciente y ahí depositamos todos los problemas, y pues nos damos cuenta de que no. Pues he notado en varios familiares de que sí, “me ha ayudado bastante, he estado mejor de que ya lo debo de dejar, de que yo no debo de estar ahí, y que él debe hacer cosas por él y, este, dejarlo”, ¿no?

E: Y el tema de la sobreprotección, digo, me llama la atención que surja con el tema de la enfermedad mental. ¿Por qué surge este tema?

TS2: Me imagino que surge este tema de la sobreprotección porque los familiares, y más directamente la madre es la que está con ellos, y es a partir de que enferman, como que ellas se sienten culpables, como que ellas dicen “le debe haber pasado algo por mí, yo tuve la culpa”, cosas así, “y ahora lo voy a sobreproteger”, ¿no?, y por miedo, yo creo que es más por miedo, no saben, al inicio, no saben de la enfermedad, y temen que el paciente vuelva a recaer, de que vuelva a tener las agresiones que tuvo con la familia al inicio, de cómo se comportó y todo lo que pasó, y empieza ahí el miedo, y entonces no se revisa que si estando bien, entre comillas, tranquilo y todo, “todo le voy a dar, todo le voy a hacer, le voy a permitir que si se quiere quedar dormido hasta las 12, que se quede dormidito, que si quiere desayunar, pues yo le doy, yo le sirvo; igual, si fuma demasiado, yo le doy para los cigarros, no hay ningún problema, ni te pongo a hacer nada para...” Yo pienso que es mucho el miedo el pensar que va a tener una recaída y va a pasar nuevamente la situación. Entonces, “yo lo quiero mantener así, lo sobreprotejo, sí *m'hijito*, y todo”, entonces, más o menos miedo a estas cuestiones, a una recaída, a que el paciente esté agrediendo a algún familiar, a que vuelva a recaer y sea hospitalizado, y ellos quieren estar, pienso que eso sucede al involucrarse en una situación del paciente enfermo. Va a depender mucho de esta situación de la mamá, por involucrarse, por no tener otras cosas, a lo mejor, porque si trabajara e hiciera otras cosas, no iba estar tanto al pendiente, lo iba a dejar. Pero hasta en ocasiones hasta trabajando es cuando el familiar se incluye en la sobreprotección. Como en el taller de resolución de problemas vemos también a familiares, ¿cómo les cuesta trabajo dejarlo, cómo no pueden permitir esa separación! “De que mi hijo ya creció” y el hecho de que tiene una enfermedad no lo pueden dejar. Siguen todavía como aferrados a esa situación del enfermo. “Si lo dejo, se va a recaer, se me va a enfermar y no...”

E: Y el paciente, ¿cómo ve este tema cuando se le connota la cuestión de la sobreprotección? ¿Cómo lo vive o cómo lo ve cuando se le connota?

TS2: Fíjate que no me ha tocado ver mucho eso del paciente con esa sobreprotección, porque no manejamos demasiado al paciente, vemos más a la familia, sí. Vemos más a la familia, pero sí me he dado cuenta, en ocasiones, que muchas veces, hay pacientes que también se le comenta qué opinan de que su mamá o su familiar esté tan cercano y no les permita... hay ocasiones en que se ríen y dicen “pues ellos ya se acostumbraron, ¿no?” Y a

lo mejor les conviene estar así, hay veces que es cómodo para ellos, también, de cierta forma, no este, no hacen caso ni preocuparse por nada, entonces, ahí a lo mejor un poquito comienza uno a manejar esa situación que cómo ves el caso de él, qué se va a hacer el día de mañana que no esté su mamá. Yo he visto nada más como dos o tres casos, la entrevistada, el entrevistado y otro paciente, no platico mucho con ellos, hago más con el familiar las cosas, ellos, entonces, te digo, inclusive, ella así decía que quería hacer ciertas cosas, pero le resulta benéfico el que esté familia, el que ella no esté demasiado sola, entonces, sí es una ventaja, digo, “aquí estoy y no busco”, pero lo importante es que uno se vaya desprendiendo del familiar... A lo mejor dice, “sí, lo voy a ver”, porque es una chica que estudia, le gusta el deporte también, pero como que está esa situación de estar en casa, de no hacer nada, de no querer salir, de no desprenderse del núcleo familiar.

E: Y cuando se les plantea esta cuestión de qué vas a hacer cuando su mamá ya no esté, que sería una connotación a futuro, ¿cómo lo toman?

TS2: Como que no, no, no... no piensan realmente, como que todavía viven en el presente, como que no se ven en el futuro de que parta algún miembro de la familia, o de que ellos estén sin la mamá, como que no lo toman bien, así, en esa necesidad. No sé si sea por su misma enfermedad, pero como que no se enfocan realmente de que falte algún miembro de la familia que los esté apoyando, qué van a hacer, como que ellos viven su día y continúa. No me he puesto a pensar en esa situación, Armando, de qué sucedería, y ellos tampoco lo han comentado.

E: Pero podríamos pensar de que el tema de la enfermedad, el tema de las relaciones, que gira en torno a la enfermedad, y varios temas, ya lo señalabas, varios temas, dramas familiares, como el tema del abuso, da la impresión de que, de alguna manera, como que encapsulan la vida familiar y no les deja ver más allá, a futuro.

TS2: ¡Más allá! Pues esto es lo que pasa con ellos, te digo, yo no entiendo realmente si es algo de su enfermedad o si ellos sacan ya beneficios de esa situación, y les es más cómodo, les resulta más fácil estar así, porque ahí se quedan... se encapsulan, como comentas tú, y no ven más allá. Como que siguen pensando de que siempre van a estar así, no se ponen a pensar qué van a ser mañana, no sé. Entonces, ellos siguen así.

E: ¿Eso qué te parece, esto último que estamos comentando, de que parece o no hay una visión a futuro? ¿Eso qué te parece?

TS2: Me parece... mal. Por eso te decía yo, debemos de trabajar de que ellos van a depender ya de ellos, no de la familia, que los están apoyando mientras están enfermos aquí en el servicio, pero que de ellos depende, que ellos deben de salir y hacer por ellos, hacer su vida. Entonces moverlos más a ellos, que trabajen esa situación de no estar con la familia. Que si hay pacientes que en un momento dado que ya habían hecho su vida, la vuelvan a retomar, que vuelvan a hacer sus cosas, que tengan la novia, que tengan hijos, por ejemplo, ha habido pacientes que antes de enfermarse tenían su pareja, pero al estar enfermos, lo dejaron, dejaron a los hijos, el hijo ya no quiso saber más de ellos, se fueron. Entonces, que ellos retomen ciertas cosas de esa situación que vivieron antes, porque no nacieron ellos con esa enfermedad, son pacientes que, bueno, uno que otro, sí hay pacientes que vienen canalizados del Juan N. Navarro, hay pacientes que han estado enfermos desde muy pequeños, también, y otros, desde la adolescencia, que si ellos tienen algo de la vida, que han hecho por ellos, que lo trabajen, que sigan nuevamente en esa situación, que continúen para ellos mismo, ver qué es lo que quieren, pero se necesita trabajar con ellos. Que dejen a la familia, que ya no estén dependiendo de la familia, y que la familia los vaya dejando, porque si la familia los jala, también, y si ellos sí quieren salir, ahí está otra situación, es otro de los problemas. Que hay pacientes que dicen “Sí, quiero hacer, pero mi mamá no me deja salir, o sea, me dice que todavía no, que no estoy bien”, entonces ahí se les va limitando esa situación a ellos.

E: Hay una cosa que me llama la atención, y muy paradójica. Hay una cuestión que primero señalas como una sobreprotección, y por otro lado, en estos pacientes que tienen pareja, y de pronto, después de que aparece el cuadro, aparece un elemento como de rechazo. Me da la impresión que el paciente dentro del núcleo familiar, vive esas dos situaciones, a lo mejor más cosas, pero veo esas dos. Tanto una sobreprotección y un rechazo también por otros miembros.

TS2: La sobreprotección va a ser nada más de un miembro de la familia, el que está ante la enfermedad, por eso te decía, ante todo es la madre, y el rechazo va a ser de los hermanos, y en ocasiones hasta del padre que, en ocasiones, de aquí se agarra, y deja a esa familia, por

la enfermedad que no quiere enfrentar. Hay un caso, apenas, antes de que entrara de vacaciones, una señora que llega y traía a su hijo, y dice “me acaba de dejar su papá porque se enteró de la enfermedad y él dijo, yo no lo quiero enfermo, ahí te quedas con él”, entonces, ahí ya no se involucró el señor y abandona a la señora, ¿no?, le delega toda la responsabilidad y a ver qué hace con él “a ver qué haces”. La señora trabaja, ve por su hijo, y otros dos que tiene más, pero los otros dos rechazan al paciente, porque “está enfermo; no, no está enfermo, se está haciendo; lo que pasa es que no quiere estudiar, lo que pasa que no quiere trabajar y tú mamá todavía lo sobreproteges, dándole todas las cosas”, es ahí donde viene la sobreprotección, eso viene de la familia, y el rechazo de lo demás, que no lo aceptan, que no lo quieren, que no lo involucran en las actividades de la casa, ni siquiera para dialogar, o sea, si hay alguna reunión, el paciente es rechazado, es relegado, ahí está, pero no está conviviendo con alguien. Es ahí donde hacemos trabajo social, la dinámica familiar, decirle, ¿no?, el paciente no puede estar lejos, el paciente debe estar en la familia, deben de incluirlo para las cosas que ustedes tengan que realizar. Si toman en cuenta al más chico, pues deben de tomar en cuenta a él y revisar esa comunicación, no es acá y acá sí, entonces el paciente detecta quién de los miembros de la familia lo está aceptando...

E: Y quién no...

TS2: Ajá, como todos. Todos somos sensibles a ciertas cosas. Con quién convivo mejor o a quién le caemos bien, y eso también ellos, también en la familia. El hermano no lo quiere, el hermano lo rechaza, él está enfermo, o no lo quieren o no se entera. Todas las familias tenemos problemas, no hay una familia perfecta. Es ahí donde uno está entrando un poco en confianza para que puedan hablar de las cosas que están sucediendo. Trabajar nuevamente ante ellos, de ese rechazo, de esa sobreprotección, y ese dialogar con los demás que no solamente es un miembro de la familia, se deben de involucrar, deben de dialogar, para que así cuando el paciente sea dado de alta, haya más redes de apoyo ante esta situación que se está dando o que se dio, por eso te decía que sí hay un cambio. Porque después, la misma mamá que está trabajando en los grupos, jala a los demás “vamos para allá, a que vean, que escuchen ustedes cómo es lo de la enfermedad de su hermano”, de tal persona de lo que está pasando. “Para que ustedes se integren y vean lo que sucede y acepten lo que está

pasando”. Y es ahí donde se viene dando un poquito más la integración de la familia para el paciente.

E: Entonces hay mucha desinformación por parte de, bueno, de la población que va llegando aquí.

TS2: Así es.

E: Se me estaba viniendo a la mente, tanto el paciente del domingo que sufre esquizofrenia-paranoide, y los del sábado que sufren depresión, ¿sufren de alguna manera este rechazo o hay alguna diferencia, hay algunos que sufran más y otros menos, no lo sé?

TS2: Yo siento que hay más rechazo en el paciente de domingo, con esquizofrenia, que en el paciente con depresión, Armando. Eso lo percibo, lo veo, no sé si realmente sea mi observación, pero yo concibo que la situación del paciente deprimido, como que está más en ese círculo, porque aquí, a lo mejor, la población que se da, son más de mujeres que son también amas de casa, que son profesionistas, que vienen por X problema, pero que hay más aceptación en ellas, pienso yo que ha de haber rechazo, se sienten que no son comprendidas en la casa, por eso mismo viene su depresión, y toda esa situación de ellas, cómo lo viven. Pero, sin embargo, para mí, mi experiencia es que el paciente que se vive con esquizofrenia es el más rechazado, a lo mejor también por su sintomatología que se sienten la sensación de ponerse mal, la mamá o el familiar más directo es el que... se encarga de verlo más directamente, y eso se da en la familia. Pienso que es más del paciente esquizofrénico.

E: Y a propósito de lo que estamos hablando, y a lo mejor algo más personal, y con toda esta experiencia, a estas alturas ¿cómo piensas tú a la familia? ¿Para ti qué es la familia?

TS2: La familia para mí es una base muy importante, pero que en el momento en el que uno ya viene viendo las cosas personales de uno, tiene que ir separando esas cuestiones de uno. La familia es muy, muy importante en el sentido de que siempre te brinda el apoyo y ahí va a estar, y es lo mismo que le decimos al paciente, la familia nunca va a dejar de ser tu familia, independientemente que salgas y comiences a hacer también tu propia vida, las cosas que tienes que hacer; y la familia juega un papel importantísimo de estar en los momentos difíciles y en los buenos, y es ahí donde tienes que ver cómo puedes desprenderte de tu familia y estar con tu familia, como el Dr. dice, ni tan cerca ni tan

lejos... para mí, la familia juega un papel muy importante. Y yo siempre digo: la familia es muy, muy importante que esté presente, porque así también hay una responsabilidad para el paciente, y no lo dejan solo, porque hay ocasiones en que es solo y es una experiencia también de hospitalización, que el paciente es abandonado por los familiares, es rechazado; y hay ocasiones que lo quieres integrar al grupo familiar y no hay, ¿a dónde lo vas a dejar? Hay un domicilio donde lo llevas porque tienes que llevarlo, porque ya se va de alta el paciente y los familiares no vienen, entonces, en hospitalización, entonces, ¿Qué vas a hacer con el paciente? Llevarlo al domicilio en la ambulancia y dejarlo, y es una experiencia muy fea eso porque lo traes como pelotita de pin-pon, y es que “Aquí no, sí somos familiares pero el aquí no vive, no está ahí, entonces, no me lo puede dejar”, y a ver, ahora, ¿qué haces? ¿dónde lo vas a llevar nuevamente? ¿Sabe otro domicilio el paciente? “Sí, es que vive con otra hermana”, y nuevamente, y no lo quieren, y no lo aceptan. Entonces digo, si no hay familia, ¿a dónde se integra el paciente? Ya con una familia que estén mostrando esa preocupación de ese acercamiento, de que debe de haber límites, tampoco debe de estar ahí todo el tiempo. “Sí, es mi familiar y lo acepto”. Es ahí donde digo yo, la familia es importante, es mi familiar, yo lo acepto, me hago responsable de que ya lo llevó y sí lo recibo. Ya después, posteriormente, viene esa separación, ese trabajo, pero de momento que no dejen al paciente solo, que no sea rechazado, que no sea abandonado, como se da y yo creo que todavía sigue en hospitalización que en ocasiones el paciente es abandonado, a lo mejor ya no igual, ya tienen menos abandono los pacientes, hay más familia que se preocupa por ellos.

E: En esos 22 años te llegó a tocar, no sé antes era más marcado el abandono...

TS2: Es lo que te digo, ajá, antes era muy marcado; ahora ya no te puedo decir de hospitalización. Ahora, aparentemente, ya es menos, porque ya no se ve esa situación. Antes, inclusive, se dejaban salidas en la ambulancia, para que los fueran a dejar y ahora no, ya no se ve tampoco esa situación, por eso digo que ya es menos. Y menos, ¿sabes por qué? Yo me imagino que es por la información de que se da más plática, orientación, saben más de la enfermedad y a lo mejor también un poquito el temor que se les mete de que hay problemas legales si no se quedan con su paciente, entonces... pero aparte creo que es poquito hacer conciencia o que se ha hecho conciencia sobre los familiares al respecto de

que el paciente es su familiar y no se debe de abandonar. Entonces, sí ha disminuido mucho esa situación. Aquí no se da; aquí, en este servicio, a lo mejor por esa frecuencia y el espacio, y el tiempo y las actividades que se dan a los familiares están más cerca y están más comprometidos. Entonces sí hay un compromiso de los familiares, pero sobre todo de domingo, del sábado el paciente ingresa solo. Entonces no hay esa situación con la familia de manera directa, entonces como que sí es un poquito más difícil entablar esa relación con los familiares, entonces, como te digo, que de ellos son más aceptables, son más funcionales, que un esquizofrénico.

E: Y en ese sentido, ¿cómo concibes, digo, a estas alturas de tu práctica profesional, a la familia del paciente esquizofrénico? ¿Cómo la concibes, cómo la piensas?

TS2: Pues pienso que la familia, al inicio, y yo creo que todas las familias, cuando tiene una enfermedad, es difícil que aceptemos, y el primer paso es trabajar sobre esa situación, de aceptar la enfermedad... eso, su enfermedad. Y, posteriormente, ya la familia se va ubicando ante el suceso que está pasando y a lo mejor comienza a cambios que se da en el núcleo familiar, es ahí, vuelvo a insistir, donde la familia es un punto muy importante para la situación de un familiar o de la enfermedad.

E: ¿Qué te ha dejado todo este trabajo en 22 años... aquí en parcial cuántos años?

TS2: 14

E: 14... ah, son bastantes años.

TS2: Son trece, porque me pasé uno en urgencias. Pero fijate, en urgencias donde ya he conocido una parte de hospitalización donde te comentaba al inicio, y posteriormente en parcial, donde estaba allá abajo donde está rehabilitación, y posteriormente en urgencias y aquí, he estado en esos servicios, son experiencias diferentes. En urgencias, es un paso muy difícil, en urgencias llegan los pacientes...

E: ¿Con todo el cuadro?

TS2: Con todo el cuadro, así es. Entonces ahí te das cuenta que inclusive tienes riesgos para ti, pero antes de presentar esa angustia y ese temor, yo creo que ver a la familia, es lo que te decía, en ese momento la familia llega totalmente desubicada, cuando es el primer ingreso, cuando son ingresos que ya son reingresos, ya la familia también se la sabe, si quieren pasan a trabajo social, si no, ya nada más van por su carnet y ya se van, entonces, la familia,

cuando es el primer ingreso, llega muy angustiada, llegan llorando, “¿Qué le va pasar a mi paciente? ¿En dónde se va a quedar? ¿Quién me va a informar? ¿Qué sucede? Yo no lo quería dejar, pero me dice el médico que se tiene que quedar”. ¡Imagínate! Van con una angustia que no es el momento de ponerte a teclear para hacer la ficha socioeconómica, tal vez es el momento de escuchar, “¿Qué me pasa? A lo mejor no estoy en el lugar indicado”. El médico lo valoró y el médico decidió que amerita hospitalización, y tiene que aceptar eso, y sobre todo darse cuenta de que el riesgo que ponía al paciente “¿Qué fue lo que pasó con él?” Y te empieza a sacar las cosas, ¿no? Pero si llegas, ¡y yo me empiezo a sacar la ficha socioeconómica, porque la tengo que llenar y tengo que entregarte un recibo de pago y darle su nivel, pues al señor lo dejo con toda su situación que tiene, con toda la emoción, con toda esa preocupación, con toda la angustia, e inclusive, llegan o entran llorando, es una experiencia que...! te digo... el temor, el miedo, son cosas tan difíciles, Armando, que, sí es, al mismo tiempo sí es algo difícil. Y aquí es otra cosa totalmente diferente, porque el paciente no viene en su cuadro; viene controlado, viene de hospitalización, ya trae cierto medicamento que aquí los médicos se lo van a dejar, lo van a valorar y le van a disminuir, lo que tú quieras, pero la familia viene también diferente, ya es otro, ya traen otras ideas, ¿no? pero vamos a tratar a la familia como lo que es, un familiar, que viene también a recibir atención, qué espera, qué piensa del servicio y qué es lo que ella piensa qué es lo que va a suceder aquí. Porque tampoco van a pensar que le van a regresar a su paciente como era antes, ¿verdad? No les dices cosas que no, se les empieza a decir que este es un servicio donde va a continuar su tratamiento, va a seguir con medicamentos, el medicamento no lo puede suspender, entonces vamos a tratar de que usted vea más, se le aclaren más dudas, toda la situación que a lo mejor no quedó claro en hospitalización, que ahí se retomen y se le aclaren muchas cosas. Sí, pero son cosas diferentes y te digo, allá abajo no cuentas con toda la familia, nada más la persona que lo trajo, y en ocasiones ni viene el familia, en ocasiones viene por otra gente, entonces, ya aquí no, el servicio se presta más para trabajar con la familia, y es aquí donde aprendí toda esa experiencia del trabajo con familias, más con el Dr. H, vuelvo a repetir, porque ha sido una persona importantísima para mi desarrollo, para mí sí porque he visto, en ocasiones también imito cosas que él dice y yo las trabajo, también, con cierta situación de no involucrarse tanto con

la misma familia, entonces que ellos trabajen. Y a mí me ha ayudado eso, conocer, ver, es lo que te va haciendo crecer, alimentarse también de las experiencias, también he tomado algunos cursos, también... vuelvo a insistir, también la personalidad de uno cuenta mucho para trabajar. Que sienta aquellas persona una confianza con uno, entonces, que sí se da... por ejemplo, antes de irme de vacaciones, hay una paciente que se llama R, viene aquí por un duelo de su niño, un chiquito, se le murió de dos años, por una, le hicieron una cirugía, pero cayó en paro y se murió, y ella cayó en una depresión, se siente muy culpable, y empezamos, no empecé a hacer una ficha socioeconómica, empecé a escuchar, a platicar, comenzó a decirme como se sentía y hablar con su pareja, y le comentaba que qué pensaba, qué le pasaba, y ahora con el otro niño, que está más grandecito, pero que ahora está descuidando, y entonces tiene que ver esa situación, que ese está ocupando de ella y del problema que para mí a su hijo lo está abandonando. Entonces, es ahí que también trabajar esas cosas... y la paciente muy tranquila, se relajó, inclusive cuando se salió me dijo “¿Sabe qué? Que mi esposo me acaba de decir que se sintió muy a gusto con usted, lo que no sucedió con M.E”, entonces te digo que hay cosas que a lo mejor es personal y también que tú identifiques o que tú muestres o des algo, o simplemente, el simple hecho de escucharlas, se le baja la tensión, y toda esa preocupación o la carga que tenía, y se van relajando.

E: Entonces, ¿qué significaría para ti trabajar con los dramas familiares?

TS2: Es difícil, es muy difícil, Armando, porque te soy sincera, hay ocasiones en que he sentido una... ¿como se dice cuando uno está... que hay cosas que te llegan...?

E: Como transferencia... contratransferencia

TS2: Ajá, exactamente, y te vuelves, y te tienes que ubicar, entonces como que sí es difícil. Y hay cosas que luego piensas, cuando pasan, en uno que también que le han llegado casos, entonces dices “¡Chin, no, aquí ahorita no!” No puedes relacionar las cosas de tu persona con la otra situación. Pero es ahí donde tengo que darme cuenta y hacer ese espacio. Pero a mí, me gusta mucho mi trabajo, y me gusta mucho trabajar ese aspecto de la familia, eso es lo que más me gusta. Le he comentado a personas que no solamente es la ficha socioeconómica, que no nos vean nada más como una fijadora de cuota, eso es lo que piensan que trabajo social es lo que hace, sacar una cuota, cuando no, cuando trabajo social

tiene más interés en una dinámica familiar, en esa relación, en esa convivencia, en la familia, en ese ver y que ellos vayan descubriendo qué sucede con los demás integrantes de la familia, y que ellos se involucren en esa situación o en otra situación, no solamente hablamos de una enfermedad de aquí, sino de otra situación que sucede en casa. Otro problema de otro enfermo y no se siguen involucrando, qué sucede con ellos ante estas cosas, es ahí donde se tiene que ver esa situación, y a mí me gusta mucho, o sea, personalmente, me gusta la experiencia de trabajar con familias.

E: Pues a propósito de eso, del valor que tiene trabajo social, dices tú, tú señalaste la escucha, me parece que es un punto importante, en este tipo de información. Pues yo te agradezco el tiempo y el haberte escuchado

TS2: No, Armando. A lo mejor la que tiene que agradecer soy yo, en esta situación de que tú nos tomes en cuenta de que hagas esta situación con trabajo social. Sí es importante que nos vean, no como te decía, como una fijadora de cuotas que canalizamos el recibo sino que es parte de esa situación que conocemos más de la dinámica familiar y muchas veces los familiares hablan más con nosotras que con los médicos, se expresan más con nosotras que con los médicos, cosas que a lo mejor el médico luego desconoce, y trabajo social lo sabe, por ejemplo el caso de JS, dice la Dra. A., es que yo lo desconozco, es que la señora me comentó esas cosas, entonces, te digo, se abren más en ocasiones con trabajo social. A lo mejor porque con el médico piensan que se trata más de los aspectos médicos, y que no hablan de esas relaciones cuando el médico también tiene que interesarse, usted comente ciertas cosas de lo que está pasando, para que se le pueda ayudar mucho mejor al paciente y a lo mejor a ustedes, y es donde se involucran. Y aquí en este servicio juega esa parte, de que estás con ellos, de que haces el equipo, pero el equipo no es nada más aquí, el equipo es trabajar con ellos y con los demás, en los grupos, te digo, en el taller de resolución de problemas me ha ayudado bastante, ahí también veo los problemas que suceden... o la dificultad que tienen de identificar la problemática de cada uno, de nosotros, no del paciente, es la situación de uno, lo difícil que se hace; ver para mí que tengo, que problemas... yo le puedo ver a mi hijo que problemas tiene, pero le mío no, entonces, las cosas qué difícil resulta y que tenemos que llevar a que ellos se den cuenta de lo que está pasando, si no solamente es en una entrevista, es como lo hacen aquí, en los grupos, en

estar en los grupos psicoeducativos, en donde se les informa de la enfermedad, salen ya más tranquilos. Por eso te decía que, después de seis meses a tal persona la entrevisto: “Me gustó mucho la plática que tuve con el Dr. H, me dio a conocer esto, estas cosas... ya hasta traje a mi hija, traje a mi hermano”, porque los involucran, ahora que sepan realmente qué está sucediendo y que no es solamente una persona la que deba de estar ante estas cosas, sino que la familia es la que debe de involucrarse en esta situación. Te digo, al inicio a lo mejor resulta difícil, pero poco a poco creo que vas enganchándote y platicando y ellos también van tomando en cuenta ciertas cosas de lo que... yo siempre tengo, y vuelvo a repetir, no es solamente trabajo social quien va a ver una ficha, vamos a trabajar dinámica familiar, relaciones... sí, vuelvo a repetir, el aspecto sexual yo no lo abordo porque no lo manejo, entonces ahí sí, pero en esa relación, sí siento que puedo realizar, sí puedo escuchar.

E: Escuchar y canalizar.

TS2: Así es. Exactamente, canalizar, y en ese momento adónde.

E: Y de ahí la importancia de los equipos y de los espacios. Yo te agradezco, por el tiempo.

4.3 Entrevista con dos psiquiatras

Entrevista realizada el 16 de marzo de 2010 a las 11:00 am.

Médico-psiquiatra 1 (MP1): Fue en el 93...

Médico-psiquiatra 2 (MP2): No, fue hasta el siguiente año... nos enviaban a los residentes para que nos echaran la mano. Y el asistente de la dirección se supone que también nos echaba la mano, o sea, no había personal. Lo único que contaba era yo con dos psicólogos. ¡Nada más! No había pasantes. Era observación y seguimiento. Y de ahí se hizo un programa que se supone iba a ayudar a procesar la calidad de los pacientes que ya habían sido tratados aquí en Hospital de Día entre semana. Y eso era...

MP1: ... de Hospital de Día.

MP2: Exactamente. Y la activación era el programa que llevaban entre semana con los pacientes hospitalizados. Entonces la idea era darle continuidad a esa misma dinámica de lunes a viernes también continuarla en sábados y domingos. Eran los dos programas.

MP2: Venía R.

MP1: Sí, venía R... como voluntario.

MP2: Era un psicólogo, y venía pagar horas.

MP1: Era un pasante...

MP2: No, no, no, no... había dos adscritos, uno que estaba en lo que se llamaba como seguimiento y se hacía cargo de activación y R. Trabajaba en seguimiento. Tenía pasantes. Venían y leían el periódico, hacían dinámicas con la familia. Creo que el número de pacientes, en el 93... ya entonces se registraron las cosas... entonces, de la revisión que hacemos, en el 93 quedamos que vamos a hacer psicoterapia breve grupales como eje. Y para apoyar las posibilidades de la psicoterapia breve grupal vamos hacer lo que le llamamos sociodrama o psicodrama... sociodrama, más bien, sociodrama y talleres.

MP1: Lo que pasa es que a estas alturas la petición ya no era coordinar los programas, ya era establecer un servicio, ya había cambiado.

MP2: Ya cambiado.

MP1: El programa del servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana, ya entonces, ya era otra cosa.

MP2: Ya se trata de hacer un Hospital Parcial de Fin de Semana y de todas maneras estar a cargo del programa de activación.

MP1: Eso sí.

MP2: Entonces ya había sociodrama, psicoterapia breve grupal, talleres. Esto... este programa se hace en junio o julio... mientras era así como estar revisando las cosas, preparando a los pasantes, ¿verdad? Entonces era sociodrama...

MP1: Entonces ya había pasantes, los pasantes comenzaron a llegar desde el programa de activación. La activación se llevaba a cabo... el coordinador general era P., pero quienes hacían absolutamente todo, eran los pasantes. Ya había rotaciones de pasantes y entonces la petición que nos hicieron fue "Oigan, coordínenos actividades académicas con los pasantes". Y entonces MP1 y yo comenzamos a coordinar actividades con los pasantes y de ahí algunos se engancharon y se vinieron para acá cuando requerimos pasantes.

MP2: *¡Véngase pa'ca mi rey!*

MP1: ¡Sí! Este es el eje de grupo, había la atención terapéutica individual y lo de familias, el primor de familias.

Entrevistador (E): ¿Quién comenzó con familias?

MP1: O...

MP2: Había un médico general, psicólogo además, y después entró A., con los pasantes. Porque, en realidad, el que hizo las cosas, fue A. El supervisó las cosas. Entonces el programa de familias tenía dinámicas familiares, no había más...

MP1: Lo que pasa es que no habíamos muchos escritos ni muchas actividades. Yo, por ejemplo, estaba en familias y, al mismo tiempo, tenía que estar coordinando. Cuando se fue M., el adscrito, nos quedamos así, *bailando*. Entonces, como había sido A., el que había estado ahí como pasante, le dije, "¿Sabes qué? ¡Encárgate!" *Y agarró muy bien el patín* y lo desarrolló.

MP2: Pero ya estábamos organizando. Los pasantes eran los que estaban revisando, como haciendo los programas en el modelo... pero los modelos que se hacían aquí como

programas eran una porquería, entonces, yo les dije, “Hay que hacer el marco de referencia...” toda una serie de cosas...

MP1: Desde hospital de día ya estaba hecho *un machote*...

MP2: ¡No, no, no, no, no! ¡Sigues haciendo los programas con *ese machote mamón!*

MP1: Yo tengo un machote que me mandó...

MP2: El machote lo hice yo, que ha de decir: marco de referencia, hay que hacer la investigación bibliográfica... y esa cosa... el primer programa de esos, así bien hecho, fue el de psicoterapia breve.

MP1: ¡Ah, por actividad! Por actividad, sí.

MP2: O sea, ya podía justificar la actividad. Entonces, lo de los talleres que se quedan son el de musicoterapia que hace R., el de musicoterapia lo hace R. porque era nuestro psicoterapeuta. El de teatro lo hace V. y un pasante. O sea, este es adscrito. V. y un pasante que se llamaba H. que era amigo de V. El de literatura... lo hago yo y junto con M. y S., pero M únicamente le dije “¡Ahí, llénenle!” Y el pintura que lo hace MP1 y Don. H.

MP1: No, él todavía no llegaba.

MP2: Ya no te acuerdas, ya te falla la memoria.

MP1: Oh, que... Si te acuerdas, cuando él llegó, lo jalé, porque yo era el que se encargaba de ese taller. Yo personalmente me encargaba de ese taller.

MP2: Ya en el 93...

MP1: No me acuerdo de la fecha, pero originalmente él no estaba.

MP2: El primer programa ya bien establecido se hace en el 94, ya con todo esto. Porque esto eran como los bosquejos y ya el programa final, que ya no está, ese lo hace A., el ingeniero, toda una noche y al otro día lo entrega. Es el primero programa con todas sus actividades ya todo bien organizado. Ya digamos, como aceptada. Con todo... el de sociodrama, ese era un sólo programa... ese también lo hace un equipo que estaba trabajando con V.... que era V., y no sé quién más. Y no sé si también era J. Una novia que tenía A. y S. Que era la tesis de ellos, se supone que era la tesis de S. y de J. para la carrera de psicología.

MP1: Sí.

E: ¿En qué consistía la tesis?

MP2: En eso. Era presentar una revisión de todo lo que era sociodrama, o sea, como dos posibilidades de trabajo con los esquizofrénicos. Entonces, el marco de referencia de éstos era de un polaco, así se hacían las cosas. Y en familia había dinámicas... se hacían varias actividades, pero eran como tres o cuatro actividades que se hacían con la familia de los pacientes porque hacían revoltijo. O sea, había, se hacía sociodrama a veces con los pacientes y le daban de patadas a veces a los pacientes los familiares, o sea, “¡Muévete!” Y ¡pum, órale! Y todo este *desmadre*, además, había salidas, que era otra parte de las actividades, y eventos, que eran las herencias del anterior *modelito*. Cuando yo llego en el 93, comenzamos con dieciséis pacientes.

MP1: Comenzamos con ocho.

MP2: Ocho.

MP1: Éramos tres gatos y ocho pacientes.

MP2: Cuando yo llego, eran dieciséis. Y ya entonces, en sábado, los datos por ahí deben de estar... entonces comenzamos a atender a los pacientes de Hospital Parcial, que fueron también dieciséis, y los pacientes de seguimiento. Me acuerdo que unos trabajan, creo que en sábado, y los de seguimiento en domingo, o al revés. Este es como el primer, el inicio. ¿Qué se hacían, dinámicas? No me acuerdo si había, ¡ah, pues si había reflexión!

MP1: Reflexión...

MP2: Reflexión y... ¡ah, no! Era orientación. Era orientación, dinámicas y...

MP1: Era reflexión...

MP2: Sí, era reflexión. Entonces eran los talleres y la psicoterapia breve. Cuando ya se presenta en el 94 el modelo, entonces se decide que MP1 iba a ir entre semana a hacer como el mismo proceso. Entonces, cuando le presento a M. esto, sale con la *onda*... aquí ya para el 94 teníamos como *sesenta y tantos* pacientes, sesenta y cuatro pacientes. Entonces había tres grupos: psicoterapia y otros dos grupos acá porque ya los habían trabajado en sábado y domingo. Entonces, grupos homogéneos se les aplicaban una serie de valoraciones y ya se determinó “¡Éstos ‘tan locos, éstos están más locos, estos están de la *chingada*! ¿No? Por nivel, por niveles de homogenización. Nunca entendió M. esto, nunca. ¡Ah, es con el primero como yo lo ponía así! Entonces, inventaron la *mamada* de los niveles. Y eso nos echó peleando con ese *desmadre*, que no eran de nivel y que no eran de

homogenización. Pero, entonces, así quedó. Y así sigue trabajando Hospital de Día. Que no era que estuvieran en niveles de primer año, segundo año, tercer año, sino que ya era que al término de los seis meses, nos meten una restricción de seis meses, una serie de cosas *mafufas*, ¿eh? Cuando en un inicio se pensó que se iba a trabajar largo, no, seis meses. Vuélvelos a evaluar, a hacer pruebas y la chingada... ¡era un *pendejada*! Hay que decir. Y entonces ya quedó por niveles. Ya se distribuyeron las actividades, los talleres, se hicieron dos talleres de dibujo, el primero y el segundo nivel y dos talleres de teatro, el primero y el segundo nivel, dos secuencias de seis meses. Entonces se hacía trabajo de seis meses y al término de los seis meses se volvían a evaluar, se acomodaban. Así trabajamos como dos años y se hacían eventos... uno de los eventos principales era como *la salvación*, era un evento donde se presentaban todas las actividades, se videograban. Hay videos de eso. No hemos podido mandar a digitalizar los eventos. Cuando ya se da esta cuestión, cuando ya tenemos por el 94, en el 95 o 96, en este ciclo, uno de estos ciclos era 96, de enero del noventa y... a ver, ¿qué es lo que voy a decir? Lo que yo empiezo a hacer es hacer como trampa. En el 94... sí, es que sí...

MP1: A ver, ¿cuál de todas las mentiras?

MP2: No, no, no...

E: ¡Jajaja!

MP2: No, es que lo tengo escrito. Va de nuevo. Lo que empezamos a hacer es correr el tiempo de las evaluaciones, de tal manera que ya no cuadrara con la *chingada* cosa administrativa. O sea, que comenzáramos en febrero. Y M. “¿pero es que cómo?” ¡Pero es que así es! Seis meses no alcanzan. Los tiempos administrativos no coinciden con el proceso.

E: Con el proceso, claro...

MP2: Eso fue lo primero que me encontré, lo que yo hacía... hacíamos presentaciones en el auditorio. Entonces, en una de las presentaciones no quejamos de que cuando dábamos de alta del quinto *méndigo* e inventado nivel, los pacientes recaían. Que tampoco era tan cierto... recaían todos. Pero le echamos la culpa de que no había un periodo de procesamiento de las angustias.

MP1: ¡Y, *fiumm*!

MP2: Ya estaba C. Es así de impulso. “¿Y por qué no lo trabajan?” Porque hay que darlos de alta. Nosotros pensábamos que debían quedarse al menos un año en un grupo de transición. “¡Ah, pues háganlo!” Entonces, metemos en el 96 el grupo de transición. Ahí lo vas a ver, es mi tesis, es la de AMPAG. Entonces, después ya cambia el modelo, metemos la psicoterapia breve, entonces, ponemos una psicoterapia a tiempo limitado. Sería a dos años. Se acaba la psicoterapia breve, se acaban los niveles. Nosotros abandonamos los niveles *por’ai* del 96. ¿96 o 97? ¿Cuándo regresaste?

MP1: 96.

MP2: Entonces, ya cuando regresa MP1, con la experiencia del Hospital de Día... no había manera de movilizarlos. No tuvo la misma *chance* de reclutar a la gente, escogerla, pues ahí están. Les doy yo un curso, además era una cosa *mafufa*, porque yo venía a dar un seminario, y los que estaban mejor para ser terapeutas, los más estudiosos, los fueron *despachando* de jefes. Se va H. de jefe no sé a dónde, va B. a otro lado de jefe, otra se va de secretaria, L., o sea...

MP1: ¡Desmantelar!

MP2: El que mejor se capacitó, lo cambiaron de servicio.

MP1: Entonces ya entendió, la lógica de S. era la de “¿Ya entendió? Entonces, que se vaya a reproducir el modelo”.

MP2: Ese fue el supuesto.

MP1: O sea... es absurdo.

MP2: Absurdo... a otros los mandó a piso...

MP1: No funcionó nada. En otras palabras, mandó a desmantelar el equipo.

MP2: Entonces, la psicoterapia de tiempo limitado de dos años y era el eje y, entonces, la secuencia era el grupo de transición. Se hace el grupo de transición para trabajar ya la cuestión de la salida. Primero nos dieron *chance* de que fuera hasta de dos años; luego, ya se restringió. Y luego, acá, antes de eso, en que estábamos con el GOAT. O sea, lo que hicimos fue meter un sistema de psicoeducativo, un modelo psicoeducativo, en donde se diera orientación y una técnica de guía... eso era como el modelo. En realidad se quedó más, uno podría decir que ese era el modelo, o sea, orientación y psicoeducación, podemos decir, y los de aquí revisaban los temas farmacológicos. O sea, el modelo puro, serían

cuarenta y cinco minutos de exposición de un tema y una hora y media de discusión cuando estuvo aquí en su apogeo el servicio. La pugna del servicio fue cuando llegamos a atender 128 pacientes. Esto es así como el momento culminante. Cuando debimos seguir avanzando, nos dijeron que debíamos dar de alta y ahí se dio un *desmadre* en el grupo de transición. Entonces, ahí surge mi grupo de consulta, lo privado. Porque yo me iba a ir de vacaciones y regreso y me dice O. “Oye, están bien enojados porque hay que darlos de alta”. “Oye, ¿pero cómo?” “Sí, hay que darlos de alta”. Entonces, ya está el grupo de transición.

E: ¿Eso en qué año fue?

MP2: Esto fue en el 96. El primer grupo de transición fue en el, no, en el 96... 95-96. El primer grupo de transición egresa en diciembre de 96. O se, que estuvimos trabajando, no había la secuencia de... nos dicen “Pueden trabajar un año”. ¡Ni madres, seis meses! Ya después los dieron de alta. Ya le digo a MP1, “Hay que trabajar más, un año”. Dos años aquí... ya nosotros nos restringimos en los tiempos. Pero sí, más o menos, como se puede ver, seis meses. Orientación y transición. Desaparecemos los grupos, los talleres, y ya no había la necesidad de la cohesión, ya no había sentido de recuperación en la psicoterapia breve, ya no tenía caso cuestionar tanto al grupo, sino que ya era un modelo diferente. Ya bajo un enfoque kleiniano. Entonces, ya nada más nos quedamos con dibujo, un rato musicoterapia, ya luego desaparecimos musicoterapia y el teatro también, medio persiste. Llega A., llega un pasante, llega A., y después quitamos el teatro y literatura ya habíamos quitado porque resultaba que los pacientes sabían más de literatura que los pasantes.

E: ¡Jajaja!

MP2: Era cierto. Esas pobres no sabían ni quién era Rabindranath Tagore... y ya nada más se quedaron con dibujo como taller. Empezamos a restringir los eventos, ya no había la necesidad del evento... era más bien un evento de corte cuando se iban a salir los pacientes los iban a evaluar, ya más bien como más de observación, ya cómo se iban dando ahí las interacciones con la familia. Y ese es el modelo con el paciente. Los de la atención terapéutica individual seguían como siendo parte del eje. Los pacientes entraban aquí, se distribuían acá, a dibujo, como un reforzador, tenía dos niveles, siempre los mantuvo: como de trabajo inicial integrativo, que el paciente se fuera expresando, donde era como, desde lo

individual, tentativamente colectivo, como que había esta cuestión de, desde la reflexión individual, el contacto con *El maestro*, que llevó una relación como de maternaje, como de platicar con ellos. Y luego ya tenían la posibilidad de interactuar con los demás. Ya en el segundo nivel había un trabajo como de corporalidad. Se dibujaban a sí mismos, este, los rostros, ya podían tener otro grado de expresión. Los de dibujo siempre han tenido un motivo de tesis, pero nadie ha hecho nada. La gente ha pasado por ahí. Nadie ha aprovechado el trabajo que daría ahí. ¡Además, es chingón! Como decía don H., todo mundo puede aprender a dibujar. Y luego había unos que hasta aprendían a pintar.

MP1: Tú sabes escribir, puedes dibujar. Es como el que sabe hablar, pues sabe cantar. De ahí a la voz, ya es otra cosa.

E: ¡Jajaja!

MP2: Esto es lo otro. Y lo de familias, pues nomás nunca funcionó, nunca terminó de dar el salto porque es difícil, o sea, no hay un equipo de familias, el modelo que... G. va como en contrasentido siempre de la idea general, G. termina haciendo alianza con la familia, nunca se replantea zafar al paciente de su lugar. No hay forma porque técnicamente no había terapia de familia, nunca ha habido. ¡Es bien *huevón*! Nunca ha habido un modelo de terapia familiar. Yo le pedía... nunca ha habido terapia de familia.

MP1: Ya cuando había terapeuta de familia, salió corriendo la terapeuta de familia...

MP2: ¡Otra pinche huevona! Porque les dijimos, “el que haga el modelo de terapia de familia grupal...” Porque estaba imposible, o una terapia de familia breve en una secuencia de sesiones, que además era de *hueva*, era *nomás* copiarlo de algún lado, no era inventar. Entonces se quedan en el modelo de orientación familiar...

E: En el grupo psicoeducativo que le llaman...

MP2: El taller de solución de problemas, esta cosa que evoluciona de la dinámica, *tatata*, en el grupo de reflexión de problemas y... básicamente, porque en el de orientación eran dos niveles y, después, el grupo de reflexión. No me acuerdo si terminamos haciendo dinámicas.

MP1: No.

MP2: Hubo un tiempo en que implementamos psicodrama educativo para familias, cuando todavía estaba, cuando estuvo V. y A. Psicodrama educativo y taller de solución de

problemas. ¡Qué no estaba mal planteado! Lo que nunca hubo es este elemento de terapia familiar con extensión unilateral. Sólo cuando iba a haber una sesión, pero no había un seguimiento hacia la familia para desvincular al paciente de ese rol de paciente identificado. Entonces ese... básicamente fue así como quedó. Vamos, actividades que se tenían como grupo de reflexión, dinámicas grupales y psicodrama de lo que había quedado de sociodrama, que había sido por niveles. Terminamos con el grupo de reflexión porque no podían lo chavos con el grupo de reflexión. O sea, no había manera de que trabajaran esto. Y nos quedamos nada más con dinámicas grupales. Durante el tiempo que estuvo V. con psicodrama educativo también acá. Se quitan los talleres, se quedan... Y entonces, el modelo final es esto, nos quedamos ya con la psicoterapia de tiempo, supuestamente de tiempo limitado, porque ahora ni sé lo que hagan. El grupo de transición, la sesión terapéutica individual y el GOAT. EL GOAT, este modelo, la psicoterapia, el grupo de transición y no si hagan ya el psicodrama. A nosotros nos corren... ¿cuándo nos corrieron?

MP2: Hace ya... cuatro años ya.

E: O sea, lo que aquí están presentando es el ingreso del paciente y al pasar por diversos espacios de forma progresiva.

MP1: Y la prescripción era, más o menos como la prescripción de los medicamentos, la intención era de asignarle actividades así como por prescripción. A lo mejor todos requerían medicamento, pero no todos requerían el medicamento y a la misma dosis.

MP2: Pero todo esto fue, ¿cómo te podría decir? Una racionalización porque, la verdad, en el modelo de psicoterapia breve, que fue lo primero que se me ocurrió, yo ni sabía ni *madres*, era lo que estaba leyendo. Entonces decía “¡Putá madre! ¿Qué modelo?” La psicoterapia breve. Para psicóticos, nada. Pues entonces, hay que ver. Por ahí encontré un autor, en sus elucubraciones, el modelo de psicoterapia breve. ¡Ah, *a toda madre!* Entonces, la psicoterapia breve, en principio, la *onda* es que a mí no me quedaba clara la consigna. O sea, yo vine aquí pensando en que me estaban haciendo un favor. O sea, ¡*qué a toda madre!*

MP1 y E: ¡Jajaja!

MP2: La verdad. Yo miraba y me preguntaba “¿Quién sabe qué harán?” ¡Llegaba y ni *madres!* Entonces, yo llegaba y decía “Yo veo esto, yo veo esto” “¡Pues tú, tú eres el

especialista!” Entonces, yo fui el que dije, “Vamos a hacer este *modelito*”. Y ya, *tatatata*. Pero no tenía claro como que yo iba a tener autoridad. Soy muy dado al habla, pero ya en ese sentido como *respetuosón*. Porque además así me habían contratado, es lo que me decía S. “Usted todo lo tiene que tratar ahí. Ya tiene a M. No se vaya a brincar ni a hacer payasadas”. Hasta que se va MP1, un 4 abril de 1997, estaban festejando, y me dicen “Te vas a quedar de encargado”. “Encargado, ¿de qué?” “¡De esta madre!” “¡Ah, cabrón! Pues me quedo de encargado”. Ahí empiezo a saber que yo podía tener cierto protagonismo, cierta autoridad. Ya cuando te la dan, *¡chingue su madre!*, pues la tomas, ¿no?

E: Claro.

MP2: Esa era como la justificación. Tenemos que hacer poblaciones homogéneas. Entonces, hacemos *grupitos*, no tanto de secuencias. Ya después salió esto de “vamos a ver si se las podemos prescribir”. Pero a la hora de la hora, era un *desgarriate*, era como muy difícil diferenciar una actividad de otra. Lo único que podíamos, o sea, sí podíamos pensar que alguien, a lo mejor teníamos que haberle dado los talleres a todos. O sea, *¡chin!*, de inventivos. Porque decíamos, “Todos necesitan trabajo sobre el esquema corporal, sobre la socialización, sobre la verbalización, sobre el oído, sobre la expresión musical, todo”. Entonces, lo que después fue sucediendo es que el mismo grupo era el que marcaba como la evolución. Y el que se salía de *la olla de los tamales*, “pues este *güey* es chile, este *güey* es de manteca... ¡sáquenlo!” Esto fue lo que fuimos haciendo. “¡Órale, se mueve *pa’ llá!*” Y ya los que despuntaban, pues al grupo de transición. Esa fue una realidad. La otra realidad era que los veías, los comenzabas a mandar a la basura. Y entonces, de repente, *¡puta madre*, no se podía aliviar con eso!

E: ¿Cómo, cómo que los comenzaban a mandar a la basura?

MP2: ¡Sí, pacientes cronicísimos! Y luego yo, ya con cierto prestigio, con cierta pantalla, los mandaba a los basura, *¡órale!*

MP1: ¡Lo qué es ser pobre! O sea, ¿sí pueden, no?

MP2: Era un *rollo*. Porque había paciente que no venían, también...

MP1: Yo no creo que sea eso. Algunos los mandaron a hacer una escenografía en un museo...

E: Cuando las cosas se ponían más complejas de manejar...

MP2: Ya lo vas a ver. Si quieres te mando el programa...

La entrevista se interrumpió debido a que el MP2 comenzó a buscar su tesis en su computadora y el MP1 comenzó a hablar sobre el diseño de una maqueta que estaba elaborando para una escenografía en un museo.