

## Esquizofrenia: sabiduría familiar y cotidianidades

Por: Angie Carolina López Ríos

**Resumen:** La siguiente investigación formativa aborda la esquizofrenia desde la antipsiquiatría, con el objetivo de comprender y profundizar en las experiencias relatadas por un sujeto y su familia alrededor del diagnóstico. Desde las perspectivas psicológicas y psicoanalíticas, se realiza una lectura de tipo histórico en un primer momento, para conocer los modelos de la locura y sus tratamientos hasta el día de hoy. Asimismo, siendo un estudio de caso, el sujeto participante, cumple con un diagnóstico de esquizofrenia desde hace 31 años, de los cuales solo dos meses ha estado internado. Desde la imaginación autobiográfica, y enmarcada en los relatos cruzados, un diseño cualitativo y un enfoque histórico-hermenéutico, se aplicó una entrevista semiestructurada y un dibujo libre, para conocer como este diagnóstico de tipo psiquiátrico permea las realidades de una familia. Se obtiene como resultado un entramado de imaginarios que parten desde el origen, hasta el desarrollo de las experiencias con el diagnóstico. Las categorías resultantes fueron: orígenes, imagen de sí mismo, imaginarios familiares, internalización, maltrato y sobreprotección.

**Palabras clave:** esquizofrenia, familia, internalización, orígenes, historia.

### Introducción

*“La experiencia no es posible hasta que no esté organizada icónicamente; la acción no es posible hasta que no esté organizada icónicamente. “El registro cerebral” de todo (de todo lo vivo) debe ser icónico. Esta es la forma básica del registro cerebral, aunque la forma preliminar, pueda ser computacional o pragmática. La forma final de la representación cerebral debe ser arte o debe permitirlo: la melodía o el decorado artístico de la experiencia de la acción”.*

Oliver Sacks (1985)

El término Esquizofrenia, fue una invención realizada por los padres de la psiquiatría moderna, Emil Kraepelin y Eugene Bleuler en 1908 (Read, 2006). Etimológicamente, el concepto proviene del griego *Skhizein* -Escisión- y *Phen* -Mente-, que hace alusión a una escisión de las funciones básicas de la personalidad, que, según Bleuler, es la causa de los comportamientos inusitados que se presentan (Valero, 2018).

Desde el DSM V, se abordan los criterios diagnósticos que caracterizan esta condición, los cuales incluyen síntomas positivos, tales como: discurso y comportamiento desorganizado, delirios, alucinaciones, falta de respuestas emocionales y agitación; y síntomas negativos como expresión emotiva reducida, abulia, apatía, retraimiento social, disminución y deterioro en alguna de las esferas en que se desarrolla el sujeto -trabajo, familia, escuela-. De acuerdo al manual, para realizar un diagnóstico adecuado, se debe

evidenciar y dar registro de una prolongación mínimo de seis meses de los síntomas, presentando tipos como la esquizofrenia paranoide, la esquizofrenia residual, la esquizofrenia catatónica, la esquizofrenia indiferenciada y la esquizofrenia desorganizada (Valero, 2018).

En hombres y mujeres, la esquizofrenia suele presentarse de forma diferencial, indicando que su origen se da alrededor de los veinte años de edad. El inicio puede ser brusco e insidioso, pero la mayoría presenta una evolución lenta y gradual de los síntomas (Valero, 2018), denotando un espectro de sintomatología y deterioro de la calidad de vida.

Considerando lo anterior, en el presente trabajo se pretende abordar desde la imaginación autobiográfica, específicamente desde las historias cruzadas (relatos familiares), el discurso de un paciente diagnosticado con esquizofrenia desde 1974, explorando cómo esta enfermedad mental permea las cotidianidades de su núcleo familiar, y teniendo como factor preponderante, la no institucionalización. En otras palabras, se busca destacar a profundidad las cotidianidades familiares, las problemáticas, los desaciertos y las experiencias gratificantes que trae consigo el desencadenamiento de la enfermedad, su progresión, el tratamiento, y el inmanente recuerdo de las experiencias vividas hasta el presente.

También se desean conocer las causas y consecuencias, positivas y negativas, de la no institucionalización, ya que el individuo reside en un hogar de familia, acompañado por su hermana, dos sobrinos, y la pareja sentimental de la hermana, desde hace más de treinta años. La decisión por la no institucionalización, fue unánime en el grupo familiar. Por consiguiente, se tomarán los relatos de los familiares y del individuo, su experiencia con el diagnóstico, las intervenciones psiquiátricas a las que ha estado expuesto, y, en particular, los efectos secundarios que trae consigo el uso de neurolépticos en el estado actual y en la progresión de la esquizofrenia.

Históricamente, la esquizofrenia ha sido motivo de gran curiosidad científica psicológica, psicoanalítica y psiquiátrica, siendo este último, el precursor de investigaciones dirigidas a los aspectos biomédicos y farmacológicos para la intervención y disminución de los cuadros sintomatológicos psicóticos que se experimentan. Sin embargo, el uso de neurolépticos propuesto por la psiquiatría, también podría anular, tanto intrínseca como extrínsecamente, al sujeto diagnosticado, permitiendo esto un cambio drástico de su yo, de las funciones cotidianas, de la adaptación al contexto y de las dinámicas relacionales. Esta posibilidad destaca rol sociopolítico de la psiquiatría, y la hace protagonista de prácticas crueles y deshumanizantes, todas justificadas con fines experimentales.

Por ello, algunos modelos de terapias psicológicas tienen como objetivo irrumpir la medicación, contribuyendo con la intervención psicoterapéutica como apoyo en la mediación del desarrollo de la enfermedad, involucrando al sujeto implicado y a su familia.

Desde la imaginación autobiográfica, se busca darle voz a quien se ha considerado, en diferentes momentos históricos y contextuales, como el enfermo mental, llevándolo a la marginación y al adormecimiento de sus funciones vitales y de actuación. Este adormecimiento es uno de los efectos de la medicalización, la cual desafortunadamente ha aumentado abrumadoramente, creando imperios farmacéuticos que constriñen y anulan el raciocinio del sujeto, con el fin de que no sea un "problema" para la sociedad (Read, 2006).

Asimismo, el psicoanálisis realiza una exhaustiva profundización en el origen de estos cuadros psicóticos, y en lo que acontece con el yo en este proceso, interpretando los discursos recurrentes y los delirios del sujeto, los cuales se externalizan de formas diversas en un ambiente en donde es observado y analizado de la forma menos disruptiva posible.

Laing (1964), presupone que el esquizofrénico está escindido en dos o más formas en lo que respecta a la experiencia. De esta manera explica que presenta cualidades como:

- Brecha en su relación con el mundo.
- Descompostura en su relación consigo mismo, encontrando un yo mental no encarnado (disociación). Así mismo, el desapego del yo, desencadenado y exteriorizado por estados esquizoides constantes, protegen su yo de las amenazas del mundo real. En este proceso, él se experimenta en acciones y experiencias corporales fuera de sí mismo (falso yo). En palabras de Laing, “Se experimenta a sí mismo como incompleta (dividida)” (1964. p. 13). Es así como se evidencia un marcado desapego y disociación entre el yo mental y el yo real, dando cabida a la posterior creación de un falso yo o de falsos yos.

Desde las teorías de vinculación relacional, la introyección del objeto materno o del cuidador, que se espera dé seguridad para la configuración e instauración del yo en la niñez, podría desencadenar, si sucede de manera inadecuada, la iniciación de diferentes configuraciones de orden patológico que terminan haciendo eco en el desarrollo del ciclo vital del sujeto. En la esquizofrenia, cuando no se puede construir un yo seguro, se crea la dualidad mental escindida, generando “falsos yo” o realidades alternas, las cuales tienen la función de salvaguardar y proteger ese yo frágil. Además, en ocasiones, este yo frágil debe recurrir a la fantasía, al delirio y a la construcción de otros “yos” que logren sostener esa conciencia escindida, cualidad que caracteriza a la esquizofrenia.

Según Laing (1964), los estados de angustia y tristeza profunda suelen ser "normales" y ocurren con cierta transitoriedad en las etapas de la vida. Sin embargo, para la persona esquizofrénica, estos estados suelen permanecer por lapsus más prolongados, ya que el falso yo ejecuta y manipula la actividad y la percepción de la experiencia vivida, quedando replegado el verdadero yo. Del mismo modo, Bleuler (1911, citado por Read, 2006. p. 357) destacó dos formas de pensamiento del esquizofrénico: el encuentro de dos o más ideas que conforman una sola; y la inclinación a aprehender una sola idea que vuelve en repetidas y constantes ocasiones. También, los síntomas positivos de la esquizofrenia suelen tener estos matices según Laing:

La irrealidad de las percepciones y la falsedad e inanidad de toda actividad son las consecuencias necesarias de que la percepción y la actividad están siendo dominadas por un falso yo, por un sistema parcialmente disociado del "verdadero yo" el cual, por tanto, está excluido de participación directa en la relación del individuo con otras personas y con el mundo. De tal manera, se experimenta una pseudo dualidad en el propio ser del individuo. En vez de que el individuo salga al encuentro con el mundo con un yo integral, desconoce una parte de su propio ser, a la vez que desconoce el apego inmediato de todas las cosas, y las personas en el mundo. (1964, p. 77).

Para continuar este análisis, se presenta a continuación un breve recorrido histórico, indicando cómo se comprendía y planteaba desde la antigüedad, los métodos y modelos de intervención y cura de la locura.

Inicialmente, en el 2.000 a.C., en lugares como Mesopotamia, se hacían responsables a los demonios perversos de las enfermedades. Por ejemplo, Idsta era el demonio de la enfermedad. En la India, Ahriman y Siva eran responsables de los comportamientos y conductas extrañas y grotescas, y para su tratamiento era necesario realizar plegarias a Ormuzd y Vishnu, adversarios de los demonios de las enfermedades.

En Grecia y Esparta se practicaba el infanticidio o modelo eugenésico en el que las personas nacidas con algún déficit o discapacidad, eran sometidas desde muy temprana edad al asesinato o inmolación con el fin de prevenir una reproducción a escala de estas personas.

Platón (427-347 a.C.), con frases como "Entre las mujeres existe una criatura salvaje, bestial, brutal, desenfrenada, que debe ser gratificada, porque si no se vuelve loca" (Platón citado por Read, pp.14. Cap. 2), estableció "las bases para las teorías de la locura de las mujeres absurdamente distinta, lo cual llevó a la perpetua continuación de la represión

hacia las mujeres.” (Read, 2006, p. 15). Por ello, no es extraño encontrar posteriormente la invención de la “histeria” realizada por Freud.

En la caída del imperio romano, con la llegada de las tribus bárbaras, la inseguridad y las enfermedades, se retorna a las creencias mágicas y sobrenaturales. Con la llegada al poder de Constantino (siglo IV a.C.), se sustituye a la observación y la razón por temas religiosos. En la alta edad media, el cristianismo promulga aspectos caritativos y ayuda a los enfermos, acompañándose de un modelo de “compasión”, en donde los enfermos son marginados, se les retira o aparta de la sociedad, y se los confina con monjas, puestos a merced de cualquier tarea o menester al que pudiesen actuar por medio de sus capacidades.

En estos años, aún se consideraba a las enfermedades mentales como posesiones demoniacas. Incluso, posteriormente en 1247, en el primer hospital de Belén en Londres, se practicaban exorcismos como actos de bondad e indulgencia a los enfermos mentales. A esta práctica se unieron las primeras autopsias y se encerraban principalmente a las personas, no por locas, sino por pobres. Ya en 1656, en el hospital general de París, se trataron a más de seis mil pacientes con enfermedades mentales por medio de abscesos, inoculaciones, ingestión de hollín, jabón, crémor tártaro, entre otros. Con Tuke surge el tratamiento moral, que es la primera versión de las psicoterapias.

En la época victoriana se pasa a un modelo de la marginación, en donde la enfermedad empieza a verse como burla, al tener tan poco conocimiento de ella. Esto abarca tanto las enfermedades de orden físico como las mentales, en donde el enfermo pasa a ser el bufón de las comunidades y de las altas esferas burguesas. Después de la primera y segunda guerra mundial aparece el modelo de rehabilitación, en pro de recuperar las funciones físicas o psíquicas pérdidas o no adquiridas, con el precepto de que las personas no “normales” debían adaptarse al medio en que se encontraban.

Más recientemente, investigaciones enmarcadas en estudios de orden cualitativo se apartan de este modelo, abordando la percepción de los cuidadores informales y del personal médico en diferentes contextos, aunque existen algunas limitaciones. Por ejemplo, en España e Inglaterra se cuenta con una estructuración de servicios hospitalarios y con una red amplia que cobija gran parte de la población en temas de salud. Contrariamente, en Brasil y Chile la red comunitaria de servicios hospitalarios cuenta con poco empalme con la atención primaria psiquiátrica. En Argentina y Venezuela, la atención en la comunidad no se percibe como una red de apoyo ni tratamiento (Wagner, 2008).

En lo que concierne a la percepción en salud mental y que permea a todos los países en los que fue hecho el estudio de Wagner (2008), se confirman el déficit en la

atención primaria en las unidades de hospitalización, en los programas y en las políticas de gobierno concernientes a salud pública y mental; indicando una baja profesionalización de los trabajadores en salud mental, y la poca priorización que se le da a las enfermedades psíquicas y mentales. Esto contribuye a los estigmas del sujeto diagnosticado con esquizofrenia, y se los margina y retira de la sociedad; con el agravante de que las academias, forman profesionales desde el hacer y no desde el ser, desbordando al estudiante con teoría que poco se pone en práctica, denotando y creando imaginarios sobre el mundo laboral.

Varias investigaciones también concluyen que el paso del tiempo afecta la funcionalidad en familias donde uno de sus integrantes tienen algún diagnóstico psiquiátrico, explicando que esto puede ocurrir por el desgaste que genera los diversos cuidados (Urizar, 2008). Sin embargo, los talleres psicosociales y la psicoeducación sobre las enfermedades mentales (Urizar, 2008), especialmente sobre la esquizofrenia, ayudarían al conjunto familiar de la persona diagnóstica, ofreciéndole la posibilidad de mejorar los cuidados. Estos procesos son muy importantes para las familias sin recursos para internar la persona diagnosticada en una institución competente, o para aquellas que deciden tener a sus familiares cerca.

Así las cosas, se introduce un elemento en particular relevante para la investigación: la calidad de vida. Este concepto permea las cotidianidades y los saberes que se tejen en los conjuntos familiares alrededor de un sujeto diagnosticado con alguna enfermedad mental. Para la OMS, la calidad de vida se refiere a la percepción que tiene un individuo de su contexto cultural, de su posición económica, de su sistema de valores, de sus expectativas de vida, de sus objetivos y de los conflictos que afectan su existencia. El concepto integra salud mental y física, bienestar social y emocional, y seguridad económica.

### **Metodología**

Se utilizó una metodología de investigación cualitativa, la cual implica un pensamiento holístico sobre las relaciones humanas y su contexto, centrándose en la historia y en el entramado de las situaciones presentes, tanto colectivas como individuales. Sus fases abarcan: la definición del estudio, la construcción de un marco teórico, delimitar los objetivos y los criterios de selección de los participantes (proceso de inclusión-exclusión), la elección de las técnicas para la recolección de datos, y por último, el análisis y la interpretación de los datos recolectados, -reducción, separación, clasificación y agrupamiento, proceso de elección en la construcción de las conclusiones- (Quecedo, 2002).

Desde la imaginación autobiográfica, un diseño cualitativo enfatiza cómo las historias de vida son utilizadas por la investigación como método científico. Esta historia, surge como “fruto de la cooperación creativa entre un sujeto y un investigador, implicados en

la construcción de una escritura sobre la subjetividad” (Pàmols, 2006, p. 1). Considerando que la biografía forma una triada con la sociedad y la historia, en un relato de vida se pueden identificar los cambios sociales, dando a conocer un poco de la subjetividad del informante y cómo se vivió, desde su perspectiva, la vida y el trascender de los eventos que marcan su existencia. Así, para el presente estudio se eligió como técnica la historia de vida como relato cruzado, la cual se centra en las vivencias del sujeto y en la de los familiares más cercanos.

Para comprender estos relatos, se optó por el enfoque hermenéutico (Gadamer, 1986), pues este se encarga del sujeto real, en condiciones reales y del cómo, a partir de la enfermedad, el sujeto se transforma, desentrañando el sentido de su experiencia. Aquí, emerge el sujeto, atravesado por una infinidad de vectores que intervienen en la consolidación de su experiencia. Según Palmer (1969), esta comprensión de las experiencias implica el presente y la historicidad de la misma, en una interacción dialéctica donde permanece el significado que interpreta el sujeto en sus vivencias, recordando que lo importante en este proceso “es conocer al hombre mismo”, (Foucault, 1981-1982, p. 301).

En concordancia con lo anterior, la investigación se enmarcó en una tipología de estudio caso, ya que mediante de este, se registra la conducta de los sujetos involucrados en la situación a estudiar, (Martínez, 2006), resultando una metodología valiosa para conocer la esquizofrenia desde las vivencias individuales y familiares en diferentes momentos.

Como criterios de inclusión para la participación del estudio, se estableció que fuese una familia con no más de cinco integrantes, en donde uno de los miembros estuviese con un diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia mínimamente hace 10 años. El primer episodio del participante diagnosticado debió presentarse en la adolescencia o cercana a esta; necesitando también que la medicalización le permitiera momentos de claridad mental. Asimismo, era fundamental que el participante hubiese pasado por la internalización en un hospital mental, pero que en el tiempo actual estuviera en la casa de su familia, con el fin de conocer la experiencia antes, durante y después de la internalización, y los cambios que pudiese traer el estar en casa.

Luego de seleccionar el participante, el cual se nombrará como el señor O, se presenta a él y a su familia un consentimiento informado, siguiendo el código deontológico que reposa en el decreto 1090 del 2006. Posteriormente se aplicó una entrevista semiestructurada y un dibujo libre con el participante diagnosticado.

Teóricamente, la entrevista se entiende como una conversación flexible, dinámica y no directiva entre el investigador y los participantes (Díaz-Bravo, 2013), permitiendo abordar la historicidad que acompaña al fenómeno a investigar.

Por su parte, la prueba proyectiva fue seleccionada porque esta permitiría un acercamiento y una interpretación de la psique humana. Según Furtt (1992) las imágenes de los dibujos configuran un lenguaje para el inconsciente, permitiendo la expresión de algunos contenidos reprimidos, más en este tipo de casos, pues el señor O ha estado medicado por 30 años y su ensimismamiento no le permite, de forma verbal, expresar con fluidez sus experiencias. Específicamente, el dibujo libre se entiende como el proceso en que se realiza un producto para proyectar representaciones y sentimientos, evidenciando aspectos de la personalidad y del inconsciente del sujeto (Gómez, 2008). En su aplicación, como la producción del señor O fue un dibujo de sí mismo, se le solicitó una segunda producción, en la cual el plasmó a una de sus hermanas. Este test se realizó al final de la entrevista con él.

Para la sistematización de la información, aprovechando que las entrevistas fueron grabadas a través de audio, se transcribieron las mismas en un archivo plano, analizándola por medio de la táctica de identificación de patrones y temas de Carlos Sandoval, que se entiende como el proceso de categorizar lo recolectado mediante la abstracción de tendencias y patrones que se repiten, por medio de la lectura reiterante de los datos (Sandoval, 1996). A partir de la aplicación de este procedimiento, emergen unas categorías que se presentan el siguiente apartado.

### Resultados

Emergieron dos categorías. La primera, denominada Experiencias familiares con la esquizofrenia, contiene las subcategorías imaginarios familiares, imagen de sí mismo, orígenes y experiencias de internación. La segunda, nombrada Cuidados familiares, incluye las subcategorías sobreprotección y maltrato. También se incluyó el análisis del test proyectivo, reconociendo los aportes de la teoría de Karen Machover (Portuondo, 1971).

Tabla 1: Experiencias familiares con la esquizofrenia

1.1 Imaginarios familiares	1.2 Imagen de sí mismo	1.3 Orígenes	1.4 Experiencias de internación
“Anímese hombre que usted es capaz”	“Yo pertenezco a la familia P.”	“Mi mamá contaba que los 5 años estuvo en una finca y lo montaron en un caballo y eso arrancó y él se cayó... mi mamá decía que ese fue el inicio de la enfermedad”	“A él lo internaron varias veces, pero él se escapa de allá”
“Usted es un hombre muy inteligente”	“Yo no soy capaz”	“Vio a fuera del colegio, en un callejón como robaban a una muchacha”	“Él le tiene mucho miedo a estar encerrado”
“Él era el hermano que nos mantenía unidos”	“Música vieja, de la que escuchaba mi mamá”	“Lo que pasaba era que se la pasaba estudiando día y noche, no dormía casi de joven”	“Llevaban sin saber de él como como un mes, se había escapado del

“Él era el tipo más inteligente de todo el salón”

“Nos enseñaba trigonometría mientras nosotras le enseñábamos a bailar, nunca salía a bailar, y nunca le conocimos una novia”  
“Era uno de los mejores estudiantes del colegio y de los hermanos”

“Ahí que... dije que Alba”



“El sol... mi hermana”

“Él ha cambiado mucho desde que está con nosotros”  
“Antes de que se lo llevarán le habían llevado un cura para que lo exorcizara, creyendo todos que estaba poseído”  
“Él es tímido, antes casi no hablaba”  
“Es muy encerrado en su mundo”  
“Que verriendera de dibujo, dibuja mejor que uno”

“Por qué estoy enfermo”

“Dicen que estoy loco”

“A todos los estoy viendo, a toda hora estoy bien”

“Yo... nada”



“Se empezó a encerrar, apenas estaba en un décimo del colegio”  
“No dejaba entrar ni salir a nadie de la casa, era muy agresivo”

“Le teníamos que esconder los cuchillos y las cosas para que no se hiciera daño o nos lastimara a nosotras”  
“Nunca más volvió a salir de la casa”

“A todos nos dio muy duro la enfermedad del señor O”  
“A partir de ese momento todos nos alejamos, cambiamos mucho como familia”

hospital”

“Llegó golpeado y con sangre en los pies”  
“Un médico psiquiatra y le dieron el diagnóstico, ahí fue cuando lo internaron y se voló”  
“Después de esa volada no lo volvieron a internar”  
“Como él no sale, hasta aquí viene la psiquiatra a revisarlo de vez en cuando”

---

*Nota: Las categorías anteriores fueron tomadas a partir de los relatos y datos recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas, realizadas al señor O y su hermana. La subcategoría 1.1, profundiza en los imaginarios que emergen alrededor del sujeto diagnosticado y como estos permean el transcurrir de la vida familiar y la imagen del Yo. En la subcategoría 1.2, se pretende abordar la imagen que el señor O tiene sobre sí mismo; incluyendo la información de la entrevista y el análisis del dibujo de la figura humana de Karen Machover, permitiendo denotar indicadores clínicos para la esquizofrenia como, ojos sin pupilas, ausencia de manos que denotan el contacto con la realidad y el símbolo que da la acción a los pensamientos, esbozo de la boca fruncida. También se percibe una escisión del yo interior y del yo exterior, como se observa en los trazos torcidos, tenues y en doble flexión, indicando conflictos con la realidad y la fantasía. Aparecen dicotomías, vulnerabilidad, timidez y signos de un sujeto poco integrado socialmente. El torso y parte inferior del cuerpo se observan de lados opuestos, estando parte de su ser en el pasado (piernas y pies hacia el lado izquierdo) y otra parte en el futuro (torso lado derecho). La subcategoría 1.3, enmarca las experiencias familiares del cómo se vivió y se percibió el inicio de la esquizofrenia, hasta encontrar el momento cumbre en el que se diagnostica y se obtiene una guía en cómo mejorar la calidad de vida del señor O. En la subcategoría 1.4, se aborda el tema de internalización, tema transversal de esta investigación.*

Tabla 2: Cuidados familiares

2.1 Sobreprotección	2.2 Maltrato
“A él no le permito ver noticias, eso me lo altera”	“Antes estaba con otra hermana de ellos que lo trataban mal. Lo maltrataban”
“Mantengo pendiente de que sí si va al baño, tiene problemas con eso”	“A inicios de la enfermedad, cuando nadie sabía que le pasaba, un hermano mío le pegaba correazos cuando le daban las crisis”
“Él para mí es un niño, mi hermanito, y lo cuido mucho desde que está con nosotros”	“Cuando escapo del mental, el llego muy golpeado, chichones, cabeza reventada, pies ensangrentados”
“Los cuidados personales como cortarle las uñas, motilarlo, bañarlo, hacerle la comida, lavar su ropa, eso lo hacemos entre mi esposo y yo”	“En la calle me lo maltrataron”
“Siempre que hay luna llena él se me altera mucho, le damos aromáticas para que duerma mejor y no piense tanto”	
“Cada vez es más abierto, se alegra cuando yo llego de trabajar, ahora habla mucho más”	

*Nota: La categoría de cuidados familiares, permite realizar una profundización en las realidades del contexto familiar y de quienes componen el grupo primario. La subcategoría 2.1, enmarca en cómo los límites del cuidado familiar, pueden excederse al punto de llegar a la sobreprotección y de la sobrecarga afectiva. En la subcategoría 2.2, se compilan los relatos de maltrato a los que el señor O se vio inmerso en diferentes épocas de su vida, lo cual podría ser una consecuencia relevante del ensimismamiento, la timidez y la fragilidad con la que se le ve, como también, de su actitud poco activa en el núcleo familiar y en la sociedad.*

## Discusión

*“A todos los estoy viendo, a toda hora estoy bien” Señor O*

Es inevitable cuestionar la sintomatología y los indicadores clínicos para la esquizofrenia. No obstante, cabe resaltar que cada caso es único, desde el momento exacto en que se detona el delirio y la alucinación, considerando también el contexto donde surge, incluyendo las medidas que se tomaron en el momento, y cómo actuaron y afrontaron la situación la familia y el sujeto. De esta forma, la historicidad que acompaña cada caso es particular, siendo de interés para los psiquiatras y psicólogos dar respuesta a las necesidades más básicas de estos sujetos, que en su gran mayoría son segregados de la vida social, excluyendo e invisibilizando su potencial.

Aun así, hay familias que luego de varios equívocos con respecto a los cuidados y tratamiento para el sujeto con esquizofrenia, terminan por brindarle un lugar agradable, lejos de la institucionalidad, brindando calidad de vida y acompañamiento.

A continuación, se conocerá el caso del señor O, un sujeto diagnosticado desde los diecinueve años de edad, y que actualmente tiene 47. **Los orígenes**, nombre que se le da a las primeras señales que indicaron en su momento lo anormal en el participante, permitirá conocer como el diagnóstico y su desarrollo permean en gran medida la realidad del núcleo familiar inmediato que acompaña al sujeto mismo.

El señor O es el tercero en nacimiento en una familia de ocho hermanos. Los testimonios de sus familiares lo describen como alguien introvertido en su juventud,

enfocado en cumplir las metas académicas, de pocos amigos, amable y dispuesto a realizar las labores hogareñas. Era un pilar en la unión familiar, y un referente positivo de comportamiento para los otros hermanos. Así, las primeras señales en el señor O fueron de orden repentino y violento, al compararlo con sus comportamientos previos.

Siendo la época de 1974, el origen de la esquizofrenia se desata en una familia humilde, en donde la educación y alimento de todos los hijos depende del padre y de una de las hermanas mayores, los recursos son escasos. El señor O, luego de llegar de un día de clase, estando en grado decimo, decide no salir de su casa nunca más, refiriendo angustia y temor al mundo exterior, todo esto sin explicación. Se tornó violento en un inicio, no permitiendo que nadie entrara ni saliera de casa. El descuido de sí mismo, empezó a tornarse cada vez más intolerante, y los delirios y alucinaciones persecutorias que acompañaban lo acompañan, constituían un desequilibrio en la normalidad familiar que se vivía hasta ese momento. Apegados a la fe católica, contemplan la posibilidad de que el señor O, este poseído. Actuando en consecuencia, se decide con los hermanos llevar a un padre para que haga un ritual de exorcismo. Sin embargo, el cambio en el comportamiento anormal del señor O fue nulo.

La hermana también relata que “mi mamá contaba que a los 5 años estuvo en una finca y lo montaron en un caballo y eso arrancó y él se cayó... mi mamá decía que ese fue el inicio de la enfermedad”. También, se rumoró que, “vio a fuera del colegio, en un callejón como robaban a una muchacha”, momento en el cual él cursaba undécimo, siendo este evento previo a su encierro en su casa. Asimismo, se cree que, “lo que pasaba era que se la pasaba estudiando día y noche, no dormía casi de joven”, provocando esto el aislamiento y los delirios propios de la esquizofrenia.

Teóricamente, los orígenes clínicos o inicios de la esquizofrenia, contienen características puntuales conocidas en su amplio espectro, tanto en el mundo de la psiquiatría, como en el de la psicología y el psicoanálisis, estos inicios comprenden

una ruptura de la línea vital, donde aparecen importantes alteraciones en las esferas cognoscitiva, afectiva y conductual por la presencia de alteraciones sensoriales de tipo alucinaciones auditivas complejas. También se presentaron alteraciones del pensamiento en forma de ideas delirantes mal sistematizadas (Velazco, 2018, p. 7).

La concepción, estudio y desglosamiento de la esquizofrenia hasta el psicoanálisis freudiano, reflejaba lo fútil e inane de las investigaciones hasta ese entonces, proponiendo modelos de intervención, por lo general, farmacológicos-psiquiátricos, que

dejaban de lado al sujeto fragmentado, que sufre, que siente y que pasa sin más a la exclusión. Así “Freud concibió la división del sujeto como un hecho estructural, esto es, como un principio que afecta a todos los sujetos, no sólo a los esquizofrénicos” (Álvarez, 2011, p.8), esto, para dar una idea de la imagen de la psique del sujeto en la contemporaneidad que no es exclusiva de los enfermos mentales. Lo anterior, se expone con la idea de dar a conocer una línea de tiempo, donde el psicoanálisis se aleja de la mirada que segrega al diagnosticado con la esquizofrenia, indicando que el sujeto moderno también se encuentra fragmentado.

Así las cosas, la esquizofrenia en el señor O se empezó a manifestar de forma violenta, paranoica y agorafóbica, como nos cuenta su hermana: “nunca más volvió a salir de la casa”, como consecuencia a esto, “a partir de ese momento todos nos alejamos, cambiamos mucho como familia”.

Se puede denotar el cambio abrupto en la familia P, incluyendo allí su desintegración y el dolor que aún se percibe en sus relatos. Por consiguiente, se decide abordar el tema de **imaginarios familiares**, teniendo en cuenta el concepto epistemológico siguiente: “más que significados, los imaginarios remiten a sentidos. Es decir, a múltiples significaciones que en conjunto conforman un marco de referencia o campo semántico que sirve de esquema de interpretación para comprender y aprehender la realidad socialmente dada” (Cegarra, 2012, p. 12).

En esta investigación, los imaginarios familiares comprenden un eje transversal que da sentido a las experiencias que configuran la raíz de un diagnóstico psiquiátrico como el de la esquizofrenia, mostrando como este permea las realidades de los sujetos que la conforman. Las emocionalidades, los sentidos y luego los pensamientos que conllevan a las acciones de los actores involucrados, permiten develar esas significaciones originadas en las dinámicas familiares, las cuales ineludiblemente se transforman cuando existe una enfermedad mental de por medio.

Así, se develaron imaginarios alrededor del señor O, tales como: “él era el tipo más inteligente del salón” o “nos enseñaba trigonometría mientras nosotras le enseñábamos a bailar, nunca salía a bailar, y nunca le conocimos una novia”. Estos sentidos otorgados a las imágenes del señor O, denotan la personalidad un poco ensimismada que él tiene y que la familia entiende, en parte, como parte del desencadenamiento de la esquizofrenia.

Dentro de este campo de los imaginarios familiares, es posible preguntarse por el sujeto que ha convivido con su diagnóstico, y allí, por **la imagen de sí mismo**, que

constituye una de las mayores curiosidades de esta investigación, ya que comprende “una premisa fundamental del psicoanálisis freudiano que fue, justamente, que no hay una línea divisoria entre el enfermo y el sano, ni tampoco entre el neurótico y el psicótico” (Medina, 1995, prólogo). Por consiguiente, en esta investigación, se pretende darle voz a ese sujeto social y medicamente silenciado, intentando comprender como se piensa a sí mismo. Así, durante la entrevista, el señor O explica le gusta “escuchar música vieja como lo hacía mi mamá”, suscitando memorias donde su madre, al estar cocinando, como relata su hermana, le gustaba escuchar música y cantar.

Por lo anterior, entender que una realidad es parcial, y no absoluta, ayudaría a comprender al sujeto en su momento histórico-cultural, y de acuerdo a su configuración psíquica y a su personalidad. Estos factores también se deben tener en cuenta en el momento de intervenir, en especial, a ciertos tipos de población, construyendo una mirada más humana que integra lo experiencial que acompaña cada caso.

Sin embargo, la imagen de sí mismo en el señor O, se comprende como incapacitante gracias a los rótulos de enfermo y “loco” que lo han acompañado desde los 19 años. Asimismo, la medicación afecta la sociabilidad. El yo y la nada, se funden. No se permite delimitar la línea que los separa. Se convierten en uno solo. El “no soy capaz”, se arraiga cuando se le presenta al señor O nuevos retos que permitan vislumbrar lo que hay detrás de esa imagen adormecida que proyecta. Las murmuraciones que musita son ineludibles pero, en un trabajo de escucha más profundo, en donde la psicología le permita expresarse y ser escuchado, se demostraría el gran mundo interior que lo acompaña.

Por otro lado, los cuidados familiares brindados por la hermana, permiten que el señor O se sienta a gusto en un ambiente tranquilo y protector. Sin embargo, luego de las experiencias traumáticas que vivió en el pasado el participante con otra hermana, y los cuidados que podrían percibirse como sobreprotección, podrían representar:

Un mecanismo de defensa de la propia familia al ver o percibir al individuo de manera más vulnerable. Desde un punto de vista sociológico, se puede analizar como una actuación preventiva e innata de cobijo que aísla a la persona afectada, de posibles obstáculos pensados con anticipación por parte de los familiares. (Martínez, 2014, p. 9).

Así, a la luz de las experiencias del señor O, se puede ver, en parte, el cuidado de la familia como un relacionamiento positivo. Contrariamente, en el desarrollo de su personalidad, la timidez, el ensimismamiento, y la falta de retos, son cualidades

promovidas por el cuidado excesivo, también presentes en su hogar.

Sin embargo, es importante comprender el desarrollo de este tipo de cuidados en la historia familiar. Específicamente, luego de recibir el diagnóstico, la familia P considera la internación como mejor tratamiento. Pasado un mes, el señor O decide escapar del lugar. Desesperada en su búsqueda, la familia no le encuentra. Al cabo de mes y medio, y en condición de calle, llega a su casa con signos de maltrato, golpes en el rostro, sin zapatos, y con los pies destrozados. Luego de esa travesía, él supo cómo encontrar su hogar, a sus hermanos y el lugar que le hacía sentir tranquilo. Refiere su familia que “él tiene mucho miedo a estar encerrado”.

En ese entonces, la familia se reúne y crean acuerdos, con el fin de hacer lo posible para tener al señor O en casa. En medio de esa decisión, una de las hermanas decide hacerse cargo de él. El señor O estuvo bajo el cuidado de esta persona alrededor de dos años, en los cuales se le dio maltrato continuo, según refiere la hermana que vive con él en estos momentos, pues en esos tiempos no sabían cómo enfrentar las crisis.

El **maltrato**, según la American Medical Association (AMA), aparece con: “todo acto u omisión como consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona”. (Arellano, 2012, p. 133). Los tipos de maltrato comprenden: abuso (psicológico, físico, económico), negligencia, y abandono pasivo.

De esta forma, el señor O, por dos años, fue víctima de maltrato por parte de su hermana mayor. Al conocerse esto en la familia, la otra hermana decide tenerlo en casa. Desde hace 3 años vive con ella, y refieren varios integrantes de la familia el cambio del señor O. Se muestra mucho más abierto, alegre, se comunica más, disminuyendo las crisis alucinatorias de persecución en continuidad e intensidad.

En resumen, se denota en la historia del señor O la importancia del acompañamiento familiar. Con las subcategorías emergentes, emerge una línea de tiempo que atraviesa la historia del señor O y su familia, iniciando con orígenes de la enfermedad, pasando por los imaginarios familiares sobre el diagnóstico, así como por la imagen que él tiene de sí mismo, la cual emergen en el test proyectivo.

Considerando la teoría de la figura humana de Karen Machover, en el dibujo del señor O de sí mismo, se encontraron indicadores clínicos relacionados con la esquizofrenia, tales como ojos sin pupilas, ausencia de manos que denotan el contacto con la realidad y el símbolo que da la acción a los pensamientos. Se identifica la escisión del yo interior y del yo exterior en los trazos torcidos, tenues y en la doble flexión que podría indicar conflictos entre la realidad y la fantasía. También se

identifican dicotomías, vulnerabilidad, timidez y signos de un sujeto poco integrado socialmente. Afortunadamente, la adecuada adherencia al tratamiento farmacológico en compañía de la vigilancia y acompañamiento constante de la familia, han permitido la mejoría de los estados de crisis alucinatorios y delirantes.

### **Conclusión**

Los resultados del presente estudio de investigación formativa, por medio de la imaginación autobiográfica, ha permitido, la recuperación de las experiencias transformadas en narrativas, dar protagonismo a los relatos alrededor de un fenómeno clínico-psiquiátrico como la esquizofrenia, identificando algunos imaginarios en las dinámicas familiares sobre el diagnóstico. En el caso analizado del señor O, las categorías y subcategorías que dibujaron una línea histórica que se desarrolla desde los orígenes mismos de la enfermedad, pasando por los imaginarios familiares sobre del diagnóstico y la imagen superficial de sí mismo que tiene el sujeto, para dar cierre los eventos de la institucionalización, la sobreprotección y el maltrato.

Los resultados aquí obtenidos, pueden servir de reflexión desde la psicología, para el abordaje de estrategias desde la intervención en familias, desde la recuperación de las narrativas, que, desde estos sujetos medicalizados, resulta difícil rescatar, y también, desde psicoeducación, propendiendo el humanizar, y el brindar acompañamiento, en conjunto con el farmacológico.

No obstante, la investigación, presenta limitaciones tales como, el numero de casos estudiados, por ende, se recomienda, para futuras investigaciones, el número de estudios de casos, o sea, de participantes sea amplio, con el fin de consolidar la información que emerge en los relatos propios de los sujetos diagnosticados no institucionalizados y de sus familias alrededor de la esquizofrenia, con miras a profundizar, acerca de los obstáculos que se presentan en las dinámicas familiares, la consciencia de enfermedad y, la adherencia a un tratamiento trasversal desde diferentes disciplinas de la salud y de las ciencias sociales para abordar de manera oportuna este tipo de trastorno psiquiátrico y a las familias alrededor de el mismo.

### **Bibliografía**

- Álvarez J., F. C. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *FRENIA, XI, 1-10*.
- Arellano M., M. G. (2012). Negligencia, abuso y maltrato. Capítulo 12, *Tratado de geriatría para residentes.*, 133-140.

- Cegarra, J. D. J. (2012). Fundamentos teórico epistemológicos de los imaginarios sociales. *Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales.*, 1-13.
- Díaz-Bravo L., U. T.-G.-H. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2, núm. 7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>, 162-167.
- Furth, G. (1992.). *El secreto mundo de los dibujos*. Sanar a través del Arte. Barcelona (España). Ediciones luciérnaga.
- Foucault, M. (1981-1982). *La hermenéutica del sujeto*. Curso en el College de France. México: Fondo de Cultura Económica. (2002).
- Gadamer, H.-G. (1986). *Verdad y método II*. Salamanca, España.: Hermeneia. Editorial Sígueme S.A. 1998.
- Gómez, G. (2008). El dibujo libre. *Innovación y experiencias educativas*. Núm, 14. , 1-8.
- Laing, R. D. (1964). *El yo dividido*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Laura Díaz-Bravo, U. T.-G.-H. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Investigación en Educación Médica, vol. 2, núm. 7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>, 162-167.
- Luciane Carniel Wagner, A. R.-G. (2008). *Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores*. Tomado de: SciELO - Scientific Electronic Library Online, 1-8.
- Martínez A., L. S. (2014). *LA SOBREPOTECCIÓN FAMILIAR*. Universidad pedagógica nacional Francisco Morazán., 9-10.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, núm. 20., 168-190.
- Medina R., M. (1995). *Hacia el psicoanálisis de la psicosis*. Barcelona.: Lumen Editorial.
- Palmer, R. E. (1969). *¿QUÉ ES LA HERMENÉUTICA? Teoría de la interpretación en Schleiermacher, Dilthey, Heidegger y Gadamer*. En R. E. Palmer, Capítulo XIV *Treinta tesis sobre la interpretación* (págs. 297-310). Madrid: Ed. Española: by ARCOS/LIBROS, S.L., Ibérica Grafic, S.A.
- Pàmols, C. F. (2006). *La imaginación autobiográfica*. Perifèria. N. 5., 1-44.
- Portuondo, J. (1971). *Figura humana, teste proyectivo de Karen Machover*. Barcelona: Biblioteca nueva.
- Quecedo R., C. C. (2002). *Introducción a la metodología de la investigación cualitativa*. Revista psicodidáctica, Núm. 14, pp. 1-36. España
- Read, J., L. R. (2006). La invención de la "esquizofrenia". En Read, J. *Modelos de la locura* (p.p. 25-34). Barcelona: Herder Editorial.
- Read, J., L. R. (2006). La invención de la esquizofrenia y ¿Existe la esquizofrenia? fiabilidad y validez. En Read, J., *Modelos de la locura* (p.p 25-66). Barcelona: Herder Editorial.
- Sacks, O. (1985). *The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales*. New York. PAN BOOKS LTDA.
- Sandoval, C. (1996). *ESPECIALIZACIÓN EN TEORÍA, MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL*. Módulo cuatro: Investigación cualitativa. Bogotá (Colombia).: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Urizar, A. C. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad Latinoamericana. *Psicothema*, 557-582.

Valero, F. (2018). Psicovalero. Obtenido de Psicovalero:

<https://psicovalero.com/2018/03/01/esquizofrenia-psicosis-schizophrenia-dsm5/>

Velazco, Y. (2018). *Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso*. Presentación de casos., 1-9.