UACM

Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN COMUNICACIÓN Y CULTURA

Las interacciones simbólicas de la familia "CR" con respecto al estigma de la locura

TRABAJO RECEPCIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN COMUNICACIÓN Y CULTURA

PRESENTA

Lizeth Carolina Bermudez Castro

Director del Trabajo recepcional

Mtro. Juan Carlos López Martínez

Ciudad de México, marzo de 2023.

UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

CA Coordinación Académica

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Índice

Capítulo 1. Construcción del objeto de estudio

1.1 Pregunta general

1.2 Objetivo general

1.5 Justificación

1.5.1 Justificación personal

1.5.2 Justificación académica

1.5.3 Justificación social

Capítulo 2. Antecedentes y Contexto

2.1 Presentación de los sujetos/ tiempo/ espacio

2.2 Definición de esquizofrenia y psicosis

2.3 Genealogía y sistema de parentesco

Capítulo 3. Estado del Arte

3.1 Salud Familiar

3.2 Trastornos mentales

3.2.1 Esquizofrenia

3.3 Imaginarios y representaciones sociales

Capítulo 4. Marco Teórico

4.1 Interaccionismo Simbólico

4.2 Marco conceptual

4.2.1 Familia

4.2.2 Estigma

4.2.3 Género

4.2.4 Territorio

Capítulo 5. Apartado metodológico

5.1 Técnicas

5.2 Muestra intencional

5.3 Presentación de los sujetos/ tiempo/ espacio

5.4 Árbol Genealógico

5.5 Instrumento para entrevista con la muestra intencional

Capítulo 6. Análisis

6.1 Familia

6.2 Estigma

6.3 Género

6.4 Territorio

Conclusiones

Fuentes consultadas

Anexos

Introducción

La presente tesis hace un análisis sobre cómo las interacciones simbólicas de una familia pueden permear la identidad de todo el colectivo. Este análisis hace un recuento de las significaciones sobre la locura, los estigmas, los roles de género y el espacio de la familia llamado territorio en éste trabajo. La principal atención se centra en las interacciones que construyen una identidad familiar, forjando también la de cada individuo de manera positiva o negativa, dicha identidad puede colocar al sujeto en una escala jerarquizada, es decir, que puede darle la posición de poder, o de subordinado y que puede darle, o quitarle el poder de decisión sobre sí mismo.

El primer capítulo presentará la problemática, el cuestionamiento que da paso al análisis, el planteamiento consiste en analizar las interacciones que generan representaciones simbólicas sobre familia, estigma, género y territorio.

En el segundo capítulo se recuperará el árbol genealógico de la familia, con la finalidad de mostrar los primeros casos en los que la familia está convencida de que sus miembros sufren algún tipo de trastorno mental. Asimismo mostrar que ellos identifican un patrón en cada generación nueva, es decir que siempre existen especulaciones sobre quien pudo haber heredado la tendencia a una enfermedad mental, por eso es que los miembros señalados son de varias líneas de generaciones de la familia y naturalmente hablar de esos miembros y sus "enfermedades" es algo arraigado en el discurso cotidiano. Lo que a su vez ha permitido la formación de creencias y una fuerte identidad familiar sobre la tendencia a desarrollar padecimientos de tipo mental.

Posterior a ello se harán algunas definiciones: sobre lo que se considera neuro-divergente tomado de la página *Neurocosmopolitanism*. Sobre qué es un trastorno mental por la OMS, así como un sub apartado para definir la esquizofrenia por la OMS y el *Nacional Institute of Mental Health* debido a que la familia hace mención enfática en esta enfermedad como el principal padecimiento de sus familiares, pero además como el más grave. Dichas definiciones se harán con el propósito de brindar contexto sobre las definiciones actualmente válidas por organismos mundialmente reconocidos, además de darle al lector herramientas para su propio análisis a lo largo de este trabajo.

En el capítulo siguiente se presenta el estado del arte con investigaciones sobre las representaciones e interacciones simbólicas con respecto a la familia, la locura, los roles de género y los estigmas. El estado del arte tiene cuatro apartados: Salud Familiar, Trastornos Mentales, Esquizofrenia e Imaginarios sociales de los Trastornos Mentales, que se dividen así por los ejes de los que se partió para comenzar la investigación. Estas investigaciones fueron útiles en la apertura del panorama sobre conceptos, perspectivas críticas, la relación de los trastornos mentales con el negocio de la farmacéutica, de la relación los trastornos mentales con otras afecciones de salud, datos demográficos, el entorno en que se desarrollan, entre otras cosas. Todas estas investigaciones muestran un panorama de cómo las representaciones simbólicas se inclinan a la estigmatización; la poca o nula sensibilidad con respecto de estas personas tanto de su familia como de la sociedad en general.

El capítulo cinco se expone el marco teórico recopilando a los autores y sus aportaciones que hicieron posible el presente análisis, las categorías que se utilizaron son Familia desde Parsons y Marc y Picard; Estigma de Goffman; Género de Viveros Chavarría y Legarde y Territorio de Goffman.

El apartado metodológico tiene cabida en el capítulo seis en donde se utilizará la metodología cualitativa tomada del libro de Taylor y Bogdan. Ésta metodología fue utilizada por su acercamiento humano en el cual se busca ser comprensivo con el entrevistado. Mientras que la técnica fue la entrevista la profundidad, en este apartado también se explica cómo fue seleccionada la muestra a la que se le hizo entrevistas.

El apartado siete contiene el análisis de los testimonios, el análisis se divide por categorías ordenadas de la siguiente manera: Familia, Estigma, Género y Territorio. El análisis recopila extractos de testimonios que ejemplifican la categoría expuesta inmediatamente después del testimonio, de este modo se entrelazan. Al terminar las conclusiones en las que a grandes rasgos visibilizamos machismo en las relaciones familiares, actitudes maternalistas por parte de las mujeres, la clara división de características de lo que son los hombres y las mujeres en la familia, entre otras cosas.

Capítulo 1

Construcción del objeto de estudio

La familia C. R., ha tenido en sus antecesores miembros que fueron recluidos en el manicomio desde jóvenes, la razón se desconoce, sin embargo su madre a lo largo de su vida decía que sus hijos tenían trastornos mentales. Por esa razón los familiares a su alrededor siempre han hablado de los trastornos mentales como una afección familiar, arraigada a la identidad de la familia. Razón por la que es natural que los miembros mayores afirmen que todos los integrantes "están enfermos". Aunado a lo anterior el estigma familiar fue reforzado por el matrimonio de dos miembros de un mismo núcleo familiar, tía y sobrino. Los hijos de ésta unión crecieron con la idea de que ellos son potencialmente más propensos a sufrir trastornos mentales graves debido a esa unión consanguínea.

1.1 Pregunta general:

¿Cuáles son las representaciones simbólicas que demuestran los trastornos mentales para la familia C.R.y cómo éstas representaciones se relacionan con el estigma, el género y el territorio en los constructos de los integrantes mediante las interacciones de la familia?

Preguntas particulares:

- ¿Cuáles son los rasgos que un integrante debe presentar para considerarse mentalmente incapacitado para la familia C.R.?
- ¿Existen estigmas en la familia C.R. en torno a los integrantes mentalmente incapacitados?
- ¿Qué hace la familia C.R. cuando un miembro muestra incapacidad mental?
- ¿El rol de género tiene importancia en las implicaciones de la incapacidad mental en la familia C.R.?
- ¿Qué interacciones pueden determinar el lugar jerárquico de un miembro de la familia C.R.?
- ¿Cómo se determina el territorio dentro de la familia C.R.?

1.2 Objetivo general: Analizar cuáles son las representaciones simbólicas que demuestran los trastornos mentales para la familia C.R. y cómo éstas representaciones se relacionan con el estigma, el género y el territorio en los constructos de los integrantes de la familia C.R. mediante las interacciones entre ellos.

1.3 Objetivos particulares:

- Entender cuáles son los rasgos que un integrante debe presentar para considerarse mentalmente incapacitado para la familia C.R.
- Examinar si existen estigmas en la familia C.R. en torno a los integrantes mentalmente incapacitados.
- Descubrir qué hace la familia C.R. cuando un miembro muestra incapacidad mental.
- Detallar si el rol de género tiene importancia en las implicaciones de la incapacidad mental en la familia C.R.

- Enunciar qué interacciones pueden determinar el lugar jerárquico de un miembro dentro de la familia C.R.
- Saber cómo se determina el territorio dentro de la familia C.R.

1.4 Problematización.

Los miembros de la familia C.R. aseguran que entre ellos ha habido varios miembros que fueron neuro-divergentes, en la mayoría de los casos no se sabe con seguridad qué padecimiento sufrían, sin embargo varios entrevistados mencionan que era esquizofrenia. Muy pocos fueron diagnosticados bajo el criterio médico, pero si fueron recluidos en manicomios por su madre, Ana. Los integrantes actuales de la familia recurren a la historia de esos miembros como justificación de cualquier padecimiento mental que presenten los miembros actuales.

Si los integrantes de la familia sustentan la existencia de neuro-divergencia o incapacidad mental en ciertos integrantes ¿Cuáles son las representaciones simbólicas que demuestran los trastornos mentales en la familia C.R. y cómo éstas representaciones se relacionan con el estigma, el género y el territorio en los integrantes de la familia C.R mediante las interacciones entre ellos? ¿Cuáles son los rasgos que un integrante debe presentar para considerarse mentalmente incapacitado para la familia C.R.? ¿Existen estigmas en la familia C.R. en torno a los integrantes mentalmente incapacitados? ¿Qué hace la familia cuando un miembro muestra incapacidad mental? ¿El rol de género tiene importancia en las implicaciones de la incapacidad mental? ¿Qué interacciones pueden determinar el lugar jerárquico de un miembro? ¿Cómo se determina el territorio dentro de la familia C.R.?

1.5 Justificación

1.5.1 Personal

Mi interés personal con el tema surge del cariño hacia los miembros de la familia que han sostenido amistad estrecha con mi familia. Este lazo ha despertado la curiosidad sobre ellos y sus relaciones íntimas. Pues la manera en la que tratan el tema de los trastornos mentales es muy intrigante ya que en ocasiones ellos hablan con mucha naturalidad del tema. Mientras que de ciertas cosas hablan como si se tratase de secretos familiares. Pocos hemos podido ser testigos de ésta dinámica que tienen en su comunicación interna. Asimismo los estigmas que emanan de la familia son dolorosos, sobre todo al presenciar el señalamiento y segregación de los miembros que son tratados como enfermos. Esta tesis busca analizar los significados de la locura en sus integrantes y tratar de comprender su perspectiva.

1.5.2 Académica

La comunicación y la cultura como disciplina debe poner atención en las redes familiares, ya que la comunicación *per se* es el canal en el que se transmiten las jerarquías, los roles, la posición, responsabilidades entre muchas otras cosas a cada integrante en la familia.

Mientras que desde la perspectiva de la cultura se busca cuestionar a través de la teoría, los roles de género, las significaciones de lo que llamamos locura y las interacciones simbólicas que permiten los estigmas. Así como poner atención en las identidades que se conforman desde las relaciones íntimas de la familia, que no son objeto de autocrítica ni cuestionamiento. Por lo anterior es importante poner bajo la mirada de la investigación el papel de los lazos familiares en la construcción de la identidad, las creencias y los estigmas que cada individuo crea de sí mismo con respecto de su colectivo. El análisis de la presente tesis busca cuestionar los sistemas de comunicación de esta familia, al poner bajo el análisis las dinámicas cotidianas e inconscientes en las que sostienen creencias sobre su identidad.

1.5.3 Social

Socialmente este trabajo es importante para comenzar a poner atención en cómo nos comunicamos con nuestros seres cercanos, cuestionar las creencias arraigadas sobre lo que representan las enfermedades mentales, los roles de género y los símbolos de la familia, En el análisis de ésta tesis se desarrollan casos de abandono en tres de las personas que para la familia estaban trastornadas mentalmente, los tres fallecieron en la calle, de algunos ni siquiera se reconocieron sus cuerpos, por lo que una persona con un trastorno mental puede ser fuertemente estigmatizada y deshumanizada, al grado de abandonarla en la calle. Cabe destacar que sólo una de esas tres personas fue médicamente diagnosticada con equizofrenia, lo que nos lleva a pensar que una creencia de la familia con respecto a un miembro puede deshumanizarla y llevarla al destierro. De acuerdo con la Universidad de Guadalajara, 8 de cada 10 personas indigentes sufren un trastorno mental "La esquizofrenia, en todas su variantes, es el trastorno mental que presentan la mayoría de las personas que viven como indigentes en las calles de Guadalajara, en gran medida debido al abandono de sus familias a causa de su condición, afirmó la académica del Departamento de Clínicas de la Salud Mental" (Covarrubias de la Torre, M. G. en Mariana González, 2018, P. 1)

Como vemos, las enfermedades mentales y su carga simbólica en la sociedad representan estigmas cargados de deshumanización, desvalorización y desprecio hacia las personas con éstas condiciones, es urgente que si desde la familia se encuentra esa tendencia a anular los derechos esenciales de una persona los detectemos e intervengamos.

Capítulo 2. Antecedentes y Contexto

En este capítulo se recopilan definiciones de esquizofrenia que están en uso actualmente por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Mental a modo de proveer contexto a la investigación. La investigación en sí misma no afirma que los miembros de ésta familia tengan

esquizofrenia, sin embargo algunos testimoniantes sí, de acuerdo a la información recopilada entre los entrevistados se habla de diversos trastornos, pero la esquizofrenia ha sido el trastorno al que se le carga mayor estigma por la familia y mediante el cual explican los comportamientos de sus familiares. Por lo anterior es importante establecer definiciones legitimadas por organismos internacionales que tienen autoridad médica, esto con la finalidad de proveer referencias de qué es la esquizofrenia, cuáles son los síntomas, cómo puede ser identificada y tratada.

2.1 Esquizofrenia y psicosis

La esquizofrenia es una psicosis, un tipo de enfermedad mental caracterizado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son:

- Alucinaciones: oír, ver o percibir algo que no existe.
- Delirios: creencias o sospechas erróneas y persistentes no compartidas por otras personas de la misma cultura, de las que el paciente está firmemente convencido incluso cuando hay pruebas de lo contrario.
- Conducta extravagante: conducta desorganizada que puede manifestarse como vagabundeo, murmuraciones y risas para sí mismo, aspecto estrafalario, abandono del aseo personal o aspecto desaliñado.
- Discurso desorganizado: incoherente o no pertinente.
- Alteraciones de las emociones: notable apatía o desconexión entre la emoción declarada y sus manifestaciones objetivas, tales como la expresión facial o el lenguaje corporal. (OMS, 2016, p.7).

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, pero no es tan común como muchos otros trastornos mentales. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana.

La esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral.

Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. (OMS, 2016, p.13)

Según el Organismo en todo el mundo la esquizofrenia se asocia con una discapacidad que puede afectar el desempeño educativo y laboral, asimismo las personas con este padecimiento tienen

> entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a edad temprana que el resto de la población. Las causas de ello las atribuye principalmente a enfermedades físicas, cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.
> Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y violación a sus derechos humanos.
> Las causas según el portal de la OMS no han identificado un único factor y dice textualmente "se considera que [...] puede estar provocada por la interacción entre la genética y una serie de factores ambientales [...] los factores psicosociales también pueden contribuir a la esquizofrenia". (OMS, 2016, p.17)
> Siguiendo con el reporte de la OMS, muestra que más del 50 % de los esquizofrénicos no están recibiendo una atención apropiada y el 90 % que no reciben tratamiento viven en países de renta media y baja, y puntualiza que la falta de acceso a servicios de salud mental es un problema importante, pero que las personas con esquizofrenia son menos proclives a solicitar asistencia que el resto de la población. (OMS, 2016, p.19)
> La esquizofrenia es tratable. La farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces. Sin embargo, la mayoría de las personas con esquizofrenia crónica no tiene acceso al tratamiento. (OMS, 2016, p.21)
> Hay pruebas contundentes de que los hospitales psiquiátricos a la antigua usanza no son eficaces al proporcionar el tratamiento que necesitan las personas con trastornos mentales además de que en éstos lugares se violan sus derechos humanos básicos, por lo que es necesario transferir la asistencia desde las instituciones de salud mental hacia la comunidad más amplia y aceleradamente. Para esto, es vital la disposición de los familiares y de la comunidad para brindar apoyo. (OMS, 2016, p.21)
> Facilitar la autonomía de las personas que padecen esquizofrenia, es posible mediante viviendas asistidas, subvenciones para la vivienda y ayudas para la inserción laboral, a fin de que vayan superando etapas en su rehabilitación. A menudo, estas personas enfrentan dificultades para encontrar y mantener un empleo y una vivienda (La esquizofrenia es tratable. La farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces. Sin embargo, la mayoría de las personas con esquizofrenia crónica no tiene acceso al tratamiento. (OMS, 2016, p.22)

Por otro lado, el *National Institute of Mental Health* (2017) pone a disposición información sobre este padecimiento, que define de la siguiente manera:

> La esquizofrenia es un trastorno grave del neurodesarrollo que dura toda la vida y que afecta la forma cómo una persona piensa, siente y se comporta. (NIMH, 2017, p.1)
> Las personas con esquizofrenia pueden tener delirios, alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizado y capacidad cognitiva alterada. Pueden escuchar voces o ver cosas que no están allí. Pueden pensar que otras personas están leyendo sus mentes, controlando sus pensamientos o intentando hacerles daño. Estos comportamientos pueden asustar y desconcertar a las personas con la enfermedad y hacer que se aíslen de los demás o se pongan sumamente agitados. También

puede hacer que sea aterrador o desconcertante para las personas que los rodean. (NIMH, 2017, p.2)

Las personas con esquizofrenia a veces hablan sobre cosas extrañas o inusuales, lo que puede dificultar el mantener una conversación con ellos. Pueden sentarse durante horas sin hablar ni moverse. A veces, las personas con esquizofrenia parecen estar perfectamente bien hasta que hablan de lo que están pensando. (NIMH, 2017, p.3)

El NIMH a diferencia de la OMS divide los síntomas en 3 positivos, negativos y cognitivos:

Síntomas Positivos.

Los síntomas "positivos" se conocen como positivos porque son comportamientos adicionales que generalmente no se ven en las personas sanas. Para algunas personas, estos síntomas van y vienen. Para otras, los síntomas se estabilizan con el tiempo. Estos síntomas pueden ser graves, aunque en otras ocasiones, no se notan. Los síntomas positivos incluyen: (NIMH, 2017, p.7)

Alucinaciones: cuando una persona ve, oye, huele, sabe o siente cosas que no son reales. Muchas personas que tienen este trastorno oyen voces. Las personas que oyen voces pueden haber estado escuchándolas por mucho tiempo antes de que sus familiares y amigos se den cuenta de que tienen un problema.

Delirios: cuando una persona cree cosas que no son ciertas. Por ejemplo, una persona puede creer que las personas que salen en la radio o en la televisión están hablando directamente con él o ella. A veces las personas que tienen delirios pueden creer que están en peligro o que otros están tratando de lastimarlos.

Trastornos del pensamiento: cuando una persona tiene formas extrañas o ilógicas de pensar. Las personas con trastornos del pensamiento pueden tener problemas para organizar sus ideas. A veces una persona deja de hablar en medio de un pensamiento o inventa palabras sin sentido.

Trastornos del movimiento: cuando una persona exhibe movimientos corporales anormales. Puede repetir ciertos movimientos una y otra vez, lo que se conoce como estereotipias. En el otro extremo, puede dejar de moverse o de hablar por algún tiempo, un estado poco común llamado catatonia. (NIMH, 2017, p.9)

Síntomas Negativos

Los síntomas "negativos" se refieren a abstinencia social, dificultad para mostrar emociones o problemas para funcionar normalmente. Las personas con síntomas negativos pueden requerir ayuda con las tareas diarias. Los síntomas negativos incluyen: (NIMH, 2017, p.10)

Hablar con voz apagada, Falta de expresión facial, como una sonrisa o el ceño fruncido; Dificultad para sentir la felicidad; Problemas para planificar y mantener una actividad, como ir al supermercado; Hablar muy poco con otras personas, incluso cuando es importante.

Los síntomas negativos son más difíciles de reconocer como parte de la enfermedad y pueden confundirse con la depresión u otros problemas. (NIMH, 2017, p.12)

Síntomas Cognitivos

Los síntomas cognitivos no son fáciles de ver, pero pueden dificultar que la persona mantenga un trabajo o se cuide. El nivel de la función cognitiva es uno de los mejores indicadores de la capacidad de una persona para mejorar su funcionamiento general. A menudo, estos síntomas se detectan sólo cuando se realizan pruebas específicas. Los síntomas cognitivos incluyen:
Dificultad para procesar información para la toma de decisiones
Problemas para usar información inmediatamente después de aprenderla
Dificultad para prestar atención. (NIMH, 2017, p.13)

Riesgo de Violencia

La mayoría de las personas con esquizofrenia no son violentas. Si una persona tiene síntomas de esquizofrenia, es importante ayudarle a recibir tratamiento lo más rápido posible. Ya que la enfermedad puede empeorar con el tiempo, el riesgo de violencia es mayor cuando la esquizofrenia no se trata. Las personas con esquizofrenia son mucho más propensas que las personas sin la enfermedad a ser víctimas de la violencia de otros o a hacerse daño a sí mismas. (NIMH, 2017, p.14)

Drogas y Alcohol

Es común que las personas con esquizofrenia tengan problemas de consumo de drogas ilícitas y alcoholismo. Para lograr una recuperación, es esencial que el programa de tratamiento incluya tratamiento para ambas enfermedades porque el consumo indebido de drogas y el alcoholismo pueden interferir con el tratamiento para la esquizofrenia.
El consumo de drogas puede aumentar el riesgo de suicidio, traumas y la falta de vivienda en personas con esquizofrenia, así como el riesgo de otras enfermedades mentales. (NIMH, 2017, p.15)

2.2 Genealogía y sistema de parentesco

Se recuperó la genealogía en este trabajo con la finalidad de hacer un mapeo más claro de la relación de Erendira y Ramón, ya que al ser tía y sobrino es necesario rastrear su relación. Además de que el árbol genealógico nos ayuda a identificar a los miembros de la familia que más mencionan los testimoniantes y a los que señalan de haber estado más dañados. Debido a que estos familiares ya han muerto será más fácil visualizar gráficamente las relaciones familiares; por una parte enfocar la unión entre Erendira y Ramón, así como, ubicar a todos los miembros de la familia identificados como trastornados, y sobretodo

constatar si hay relación directa entre ellos, ya que una característica de algunos trastornos mentales es que pueden ser heredados.

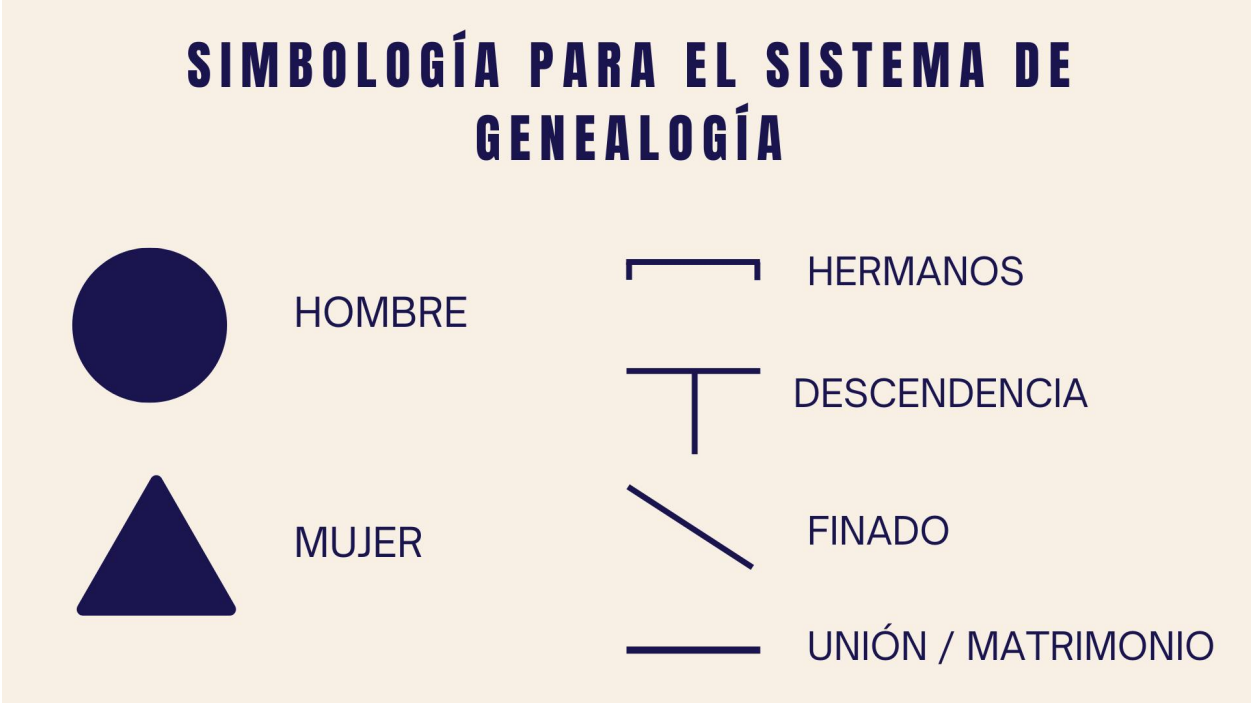
La genealogía de acuerdo con Sonia Ruíz Pérez en su trabajo *El método genealógico en la investigación social.* Habla del uso de este método en la investigación antropológica y social para conocer el linaje, costumbres y situaciones sociales de cada época de nuestros antepasados. (Ruíz, 1994, p.4)

El uso de este método principalmente nos ayuda a acercarnos al significado social de las estructuras de parentesco, estructuras de las que de otra manera no se hubieran hecho entendibles. Ruíz asegura que usando el sistema de descendencia unilineal no pierde vigencia cuando el objeto se extiende a nuestra propia sociedad. (Ruíz, 1994, p.10)

Diversos autores coinciden en que este método hace posible destacar la importancia de los sistemas de parentesco como un regulador de las relaciones entre sujetos y grupos y sociedades. Asimismo, como las relaciones jerárquicas de las posiciones genealógicas en una sociedad, el comportamiento, las reglas que rigen las alianzas, los procesos de fusión dentro de un linaje son parte de los problemas desglosados en este proceso. (Ruíz, 1994, p.14)

Al utilizar este método al analizar sociedades con sistemas bilaterales de descendencia, tenemos una manera de entender las relaciones de ayuda, los sistemas económicos informales, los de movilidad espacial y social, las tendencias en las preferencias matrimoniales y sexuales, o la selección de parientes rituales. (Ruíz, 1994, p.15)

Para hacer uso de este método se debe recoger información y sistematizarla. Estos datos se sistematizan de acuerdo con la siguiente simbología.



Fuente: https://ancestrosgroup.com/

Se ha decidido usar el árbol genealógico por su carácter iconográfico, ya que es un recurso que ayuda al lector a darle un panorama más amplio de las épocas de cada generación y en las cuales se ha desarrollado la historia de los C. R. de esta tesis a entender los lazos entre la familia, los familiares que fueron fuertemente estigmatizados Joaquín, Mauricio y Santiago de los que la familia cree que sus trastornos prevalecen aún en la familia como una herencia genética. Asimismo, esclarecer la relación entre Erendira y Ramón, entender cómo con su matrimonio se originó la creencia de que la familia era más propensa a sufrir trastornos por la unión de dos familiares, y finalmente mostrar las nuevas generaciones de la familia C. R., quienes fueron entrevistados.

Capítulo 3. Estado del Arte

Estas investigaciones fueron útiles en la apertura del panorama sobre la existencia de "Salud Familiar" como un concepto en el cual se ve a la salud como algo colectivo, en el que todo el sistema familiar crea y es parte de un ambiente en el que un individuo puede mejorar o empeorar

su salud y su bienestar. Este también trata a las enfermedades como fenómenos que afectan a todos los integrantes de una familia y a consecuencia de esta se resuelven los roles de los miembros en torno a una situación de enfermedad. Este concepto es válido en esta tesis ya que se hablará del tratamiento de los trastornos mentales por toda la familia y el entorno del afectado. Por otro lado, se muestran los diversos estudios en los que se ve la relación de los trastornos mentales con el negocio de la farmacéutica, con otras afecciones de salud, datos demográficos, el entorno en que se desarrollan, entre otras cosas. Y finalmente se hizo un apartado de esquizofrenia puesto que al igual que en los antecedentes se le pone mayor atención por su relevancia para los entrevistados en esta investigación. Este apartado aporta a la investigación una perspectiva interesante al cuestionar los términos que utiliza la psiquiatría en los que encuentra formas jerárquicas de desvalorización hacia las personas que son diagnosticadas. Todas estas investigaciones muestran un panorama de cómo las representaciones simbólicas se inclinan a la estigmatización, la poca o nula sensibilidad con respecto de estas personas tanto de su familia como de la sociedad en general.

Sobre el tema se ha recopilado de diversas fuentes de las que se retomaron los temas pertinentes a la tesis que se presenta. Estas se enuncian clasificadas en tres grupos: 1. Salud familiar, 2. Trastornos mentales de forma general y un anexo sobre esquizofrenia en esa clasificación e 3. Imaginarios sociales y representaciones de las enfermedades mentales.

3.1 Salud familiar

El artículo *Familia, en la salud y en la enfermedad… mental* de Martha Inés Solano Murcia y Socorro Vásquez Cardozo (2014) habla de la enfermedad mental y su capacidad estigmatizante, para el individuo

que la padece y para la familia pues sufren discriminación, rechazo, ocultamiento, y exclusión, por las ideas negativas que se construyen alrededor del grupo.

De acuerdo a la literatura se habla de estudios sobre el estigma de la enfermedad mental y el interés de reducirla por los alcances negativos en la búsqueda de tratamientos y apoyos de las personas que las padecen, las familias y los sistemas de atención, y estudios que los explican como resultado de los prejuicios y la desinformación, así como el papel de los medios de comunicación al crear opinión. También se habla de las repercusiones de la enfermedad en el espacio familiar, su relación con la cultura y forma de simbolizarla y el funcionamiento del grupo cuando alguno de los miembros padece un trastorno mental.

Se habla aquí sobre las representaciones sociales, sobre cómo se significa al interior de la familia la enfermedad de un miembro. Las representaciones sociales son productos históricos que circulan como creencias compartidas, valores que dan forma a la memoria colectiva y la identidad de la sociedad y permiten acercarse tanto a lo individual como a lo colectivo, pues integran y unifican lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción. Estas permiten acercarse a la realidad multifacética de la vida cotidiana. Estas representaciones sirven de unidad de análisis para entrar en la cotidianidad de quienes están en el mundo del cuidado de los enfermos mentales y las consecuencias en sus vidas, en el campo relacional. Por el carácter simbólico de estas, se mantienen en el tiempo sin que seamos conscientes de su presencia, es hasta que un suceso como la enfermedad mental transforma la dinámica en el círculo familiar.

En las representaciones sociales existe un aspecto de la comunicación que pasa inadvertido: las conversaciones interpersonales que se dan en distintos espacios y conforman un corpus, pues en estas conversaciones y relaciones se consolidan las representaciones sociales familiares. Son un continuo flujo de imágenes, valores, opiniones, juicios, informaciones, que nos impactan sin que nos demos cuenta. Las

representaciones y los relatos se convierten en piezas importantes, pues permite relacionar el pasado con el presente y encontrar sentido a situaciones que muestran la fragilidad del tejido familiar.

El trabajo *Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: una revisión en la literatura* de Joaquín Manuel Martínez-Montilla, Bárbara Amador-Marín y María Dolores Guerra-Martín aborda principalmente las formas en las que la familia tienen que afrontar los acontecimientos y procesos vitales estresantes que tienen repercusión en la salud familiar.

Los especialistas en enfermería identificaron 1074 casos de los cuales seleccionaron 23 estudios. A su vez identificaron las principales situaciones estresantes:

Enfermedades crónicas; trastornos del espectro autista (TEA); enfermedades mentales y adicciones; accidentes y discapacitados; reajuste familiar, problemas laborales y financieros.

Las estrategias, por otro lado, se dividen en dos: positivas y negativas, que corresponden de la siguiente manera:

Positivas:

Búsqueda de información, búsqueda de apoyo familiar, social o espiritual, aceptación y mejora de la autoestima.

Negativas:

Ocultación, negación, desconexión, auto culpa, distanciamiento emocional, consumo de sustancias, etc.

La salud familiar tiene dos concepciones distintas:

Salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento familiar efectivo (dinámica interna, cumplimiento de funciones y adaptación al cambio) favoreciendo este el crecimiento y desarrollo según las exigencias de cada etapa de la vida (Martínez-Montilla, Amador-Narín, Guerra-Martín, 2017)

Plantea que la salud familiar está compuesta por unas dimensiones fundamentales, como son:

Clima social familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar, afrontamiento familiar.

La relación entre la salud individual y la salud familiar se considera recíproca por lo tanto cualquier problema de salud individual puede llegar a crear un problema de salud familiar y viceversa.

Por lo tanto, la afrontación es la capacidad de la familia para enfrentarse, movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios o ante la aparición de situaciones estresantes.

Entre las estrategias de afrontamiento está implícito un esfuerzo comportamental y/ cognitivo orientado a manejar y/o regular las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica. Estas estrategias pueden fortalecer y mantener los recursos de la familia con el fin de proteger y garantizar una dinámica adecuada.

La importancia de estrategias eficaces es porque de ellas dependen muchas funciones como son:

1. Mantener las condiciones internas satisfactorias para la comunicación y la organización familiar. 2. Promover la independencia y la autoestima de sus miembros. 3. Mantener los vínculos de coherencia y de unidad en la familia. 4. Mantener y desarrollar el apoyo social y las transacciones con la comunidad. 5. Controlar el impacto de las situaciones y el cambio en el sistema familiar

Al hacer el estudio y comparación de los casos seleccionados se encontró que las estrategias negativas son frecuentemente por accidentes, discapacidades, enfermedades mentales y afecciones. Siendo la estrategia más utilizada la evitación, la negación y la ocultación del problema. Pero que son estrategias encaminadas a disminuir la alteración emocional que provoca una situación estresante de la cual se piensa que no se puede hacer nada para modificarla. “Ocultar la enfermedad mental, la afición o la discapacidad tiene como objetivo defenderse del estigma, ya que esto conlleva un gran coste emocional a nivel familiar” (Manuel-Montanilla, Amador-Narín, Guerra-Martín, 2017, p.39).

El artículo nos dice que el tipo de tratamiento depende del contexto sociocultural en que se halla inmersa la familia ya que los modos de proceder están contextualizados ya sea por creencias sobre asistencia sanitaria, estigmas sobre padecer algunas enfermedades, la religión, el papel de la familia a la hora de apoyar, el papel de la mujer en la familia, por mencionar algunos elementos.

Una cita interesante es la que se hace de Imperatore que dice que una cultura negativa relacionada con los factores mencionados sirve para adoptar estrategias de afrontamiento pasivas frente a situaciones estresantes.

Uno de los trabajos que recopila de manera muy completa la idea de familia desde otra perspectiva, es el trabajo de Xóchitl Romo (2016), en el libro titulado *La familia como institución. Cambios y permanencias.* En el capítulo, "La familia: trayecto de una investigación psicoanalítica de la Fundación psicoanalítica de Madrid 1987" en un principio dice que es "un grupo que transmite la condición humana en las situaciones sociales y políticas de la actualidad" (Romo, 2016, p.27).

Más adelante lo desglosa de distintas maneras y con diversos autores, ya que Romo enuncia lo que la teoría analítica, donde sostiene que la familia "transmite enigmas de los caminos por los que la condición deseante se transmite o deja de hacerlo, estos enigmas no son individuales, sino que son un entramado de goces, deseos, amores y cuerpos familiares"(Romo, 2016, p.28)..

Otra forma de concebir a la familia que retoma la autora es la de Javier Frere, que reduce a la familia como un "grupo matemático donde se establecen funciones y operaciones" (Frere en Romo, 2016, p.28).

Sin embargo, según Lacan "se debe comprender a la familia humana en el orden original de realidad que constituyen las relaciones sociales [...] la familia como objeto y circunstancia psíquica, nunca objetiva instintos sino siempre, complejos [...] la familia dejó de ser tema de paráfrasis moralizante y se convirtió en objeto de análisis concreto [...] la estructura familiar posee una fuerza que supera toda racionalización educativa". (Lacan en Romo, 2016, p.30)

Por otro lado, la autora también retoma el aporte de Freud sobre la concepción de familia en el que defiende que las estructuras como el *preconsciente* entre el *inconsciente* y, *Ello*, *yo* y *súper yo* son armadas en relación con los otros, en el entorno familiar y en la tensión constante con la cultura el cuerpo y el lenguaje. (Romo, 2016, p.31) Lacan por su parte aporta a esta idea que "el sujeto se construye entre varios en distintos tiempos y por partes" (Romo, 2016, p.31)

3.2 Trastornos mentales

El libro de González y Pérez *La invención de los trastornos mentales ¿escuchando al farmaco o al paciente?,* problematiza el tema de la invención de los trastornos pues habla estadísticamente, sobre cómo los números han aumentado desde la aparición del manual de la Asociación Psiquiátrica Americana y critica el tratamiento sugiriendo un entramado de factores que permita el desarrollo de los trastornos como los vivimos.

Este desglosa más a fondo sobre la psiquiatría, la historiza y nos da la base sobre lo que se sostiene. Habla sobre la industria farmacéutica y habla sobre el tratamiento de los trastornos que, si bien no niega que existan, sustenta que no son tal cual los diagnostican como en el trabajo de Salas, estos autores están convencidos de que los trastornos no son causados por factores naturales pues muestran estadísticas en las que se comprueba que en los países subdesarrollados extrañamente se desencadenan más casos de esquizofrenia que en los países desarrollados.

El trabajo de Carlos Gómez-Restrepo, *et al.*, titulado *Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015* compara los resultados de diversos países, como son: Colombia, México, EEUU, Bélgica, Francia, Alemania y Japón en la Encuesta de Salud Mental de 2003. La prevalencia ha sido variable, se obtuvo que la presencia de cualquier tipo de trastorno mental ha sido la menor (4,3 %) en Shanghái; la mayor en EEUU de (26,4) y

en Colombia ha sido de 17, 8 %, en todos los casos concordante en la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, que van desde 2,4 al 18,2 %, seguidos de los trastornos del afecto de 1,7 a 9,6 %.

En los factores asociados a los trastornos hay diferentes características. Los relacionados con trastornos de ansiedad tienen que ver con ser mujer, la edad, los menores recursos económicos, estar separado o viudo, el consumo de alcohol, los eventos estresantes en la infancia, las comorbilidades médicas y antecedentes de enfermedad mental en los padres.

Por otro lado, los factores que tienen relación con los trastornos del ánimo son estar separado, divorciado o viudo, fumar o ser ex fumador en varones; antecedentes de enfermedad mental, conflictos en la infancia con los cuidadores, comorbilidad médica y "experiencias graves".

Los resultados arrojan que las mujeres tienen mayor prevalencia en las enfermedades mentales quienes perciben tener apoyo casi siempre, disfunción familiar moderada o grave, quienes han consumido cigarrillo o marihuana alguna vez en la vida, quienes han intentado suicidarse, quienes tienen más rasgos de personalidad límite, antisocial, quienes han sufrido eventos traumáticos, con riesgo de trastorno postraumático.

El estudio hace énfasis en que la comparación entre los distintos países y la metodología pudieron afectar los resultados.

3.2.1 Esquizofrenia

Para introducir a la esquizofrenia se incluye la teoría del doble vínculo de Bateson, que desarrolló en "TOWARD A THEORY OF SCHIZOPHRENIA" (1956) o como su traducción sigue: "Hacia una teoría de la esquizofrenia" (1956) en dicha teoría sostiene que una persona bajo el doble vínculo puede desarrollar síntomas de esquizofrenia. Bateson en su teoría del doble vínculo desarrolla la imagen de una relación incongruente, en la que hijo en este caso, siente recurrente incertidumbre y una constante

inseguridad debido a señales confusas de al menos uno de sus padres, en estas señales el mensaje hablado o el contenido no empata con el mensaje de relación o con el mensaje corporal. (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, and John Weakland, 1956, 251)

Bateson desarrolla seis condiciones para que se manifieste un doble vínculo; asimismo desarrollan el contexto familiar que puede originarla, sus efectos, y algunas implicaciones terapéuticas de la hipótesis:

1. En ella juegan dos papeles, la "víctima" y el, o los "victimario (os)"; papeles que pueden jugar ambos padres, o bien uno de ellos y un miembro adicional

2. Una situación recurrente o repetitiva. Esta doble coacción debe ser parte de la rutina o repetirse, de forma de que sea habitual en la convivencia de los involucrados. Un caso aislado en el que se presente el doble vínculo no se considera una experiencia traumática. (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, and John Weakland, 1956, 251)

3. Una primera orden negativa. De acuerdo a los autores puede ser de dos formas:

> «No hagas esto, si no, te castigaré», o «Si no haces esto, te castigaré» En esta situación los autores hacen énfasis en que el objetivo es evitar el castigo y no la búsqueda de la gratificación. Los castigos que generalmente se utilizan son: retirar el amor, expresar odio o desdén, o el abandono que pueda sentir el niño ante esa actitud. (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, and John Weakland, 1956, 251)

> 4. Una segunda orden que entra en conflicto con la primaria, pero a un nivel abstracto y que al igual que la primera es sancionada con castigos o señales de intimidación. Se sostiene que esta segunda orden es frecuentemente transmitida de forma no verbal y es difícil distinguirla de manera precisa porque puede aludir a cualquier elemento de la primer orden: No consideres esto como un castigo»; «No me veas como el agente del castigo»; «No te sometas a mis prohibiciones»; «No pienses en lo que no debes hacer» También puede referir al hecho de que alguno de los padres esté

negando la orden del otro. (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, and John Weakland, 1956, 251)

5. Una tercera orden negativa que impide al sujeto hablar de la incongruencia entre el primer y segundo mandato. El hecho de que las situaciones de doble vínculo a menudo se presenten en la infancia vuelven imposible la escapatoria, mayormente por las promesas de un refuerzo positivo como el amor. (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, and John Weakland, 1956, 251)

6. Una vez que la víctima ha aprendido a estructurar su mundo a partir de los esquemas de doble vínculo los componentes pueden no presentarse juntos. Una vez que el doble vínculo se ha implantado cualquier elemento que estructura el doble vínculo puede desencadenar odio, rabia o pánico. El doble vínculo puede persistir como alucinaciones auditivas. (Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, and John Weakland, 1956, 251)

Sin embargo, años más tarde, en 1969 el mismo Bateson comprobó y habló de los errores de su prematura hipótesis. (Wittezael, 1994)

Por otro lado se introducen dos trabajos sobre esquizofrenia de Salas Soneira, estas investigaciones pertenecen al área de psiquiatría. En la primera "*Usos de la locura: hacia el reconocimiento de nuevas lógicas interpretativas del sufrimiento humano",* Salas en este trabajo problematiza el uso de los términos locura, psicosis y esquizofrenia. En el segundo trabajo de este mismo autor *Acerca de los diagnósticos categoriales: apuntes críticos para una actuación socioeducativa en salud mental* indaga sobre los diagnósticos categoriales, los sistemas nosológicos y la fiabilidad de estos, en este trabajo hace una crítica sobre los sistemas para la determinación de los diagnósticos clínicos como la esquizofrenia.

En el primer trabajo, Miguel Salas habla sobre tres términos locura, psicosis y esquizofrenia y dice que a pesar de que parezcan sinónimos por las experiencias que son similares al hablar de las tres hay una diferencia muy marcada, y es que la psicosis y la esquizofrenia suelen tratarse siempre desde una postura desde la que sólo los especialistas pueden argumentar, tomándolos como términos clínicos y de esta manera sesgándolos a un tipo de saber que sería el psiquiátrico, así entonces lo verdadero y válido sólo es lo que esta área enuncie sobre de estos. No obstante, la locura, para Salas, es un concepto desde el cual podremos opinar todos, puesto que es un término más coloquial que no pertenece a la determinación o conceptualización clínica, y remarca aquí que, aunque los tres términos se traten de sinónimos, al volver a un término clínico, se limita. Por lo que propone que se trace un plano simétrico entre saberes para que desde distintas disciplinas se profundice en dimensiones más significativas sin dejar de lado a personas que pueden realizar contribuciones valiosas.

En el desarrollo nos dice que los términos tienen diferentes funciones; y justifica el hecho de que las palabras en sí no tienen un valor ético, sino que hay que notar la función e intención con el que se emplea dicho término ya que éste determina su significado. Por tanto, al diagnosticar a una persona como esquizofrénica se le posiciona como una persona con una identidad patológica, clasificándola como una persona con percepciones incorrectas, por lo que se trata como un sujeto subalterno. De esta manera, desde el modo en que los términos son empleados se puede suprimir a las personas, en dicha afirmación retoma a Freire, al decir que al cambiar el lenguaje se cambia también el contexto. De este trabajo se reflexiona sobre las barreras entre disciplinas, cuando a veces dichas barreras imposibilitan la aportación significativa. También nos hace pensar sobre la importancia de las palabras y los términos que nos hacen ser clasificados.

En el segundo trabajo, Salas habla sobre los diagnósticos categoriales, estos se definen como las designaciones válidas para hablar de personas enfermas mentales, decir “esquizofrénico” es un

diagnóstico categorial. El autor primero hace una crítica sobre cómo este diagnóstico categorial resulta extremadamente dañino para quienes son etiquetados con calificativos psiquiátricos tan estigmatizantes, pues la psiquiatría ha demostrado ser tan altamente poder que, viendo su poder aumentado con los intereses económicos de la industria farmacéutica continúa insistiendo en la importancia de la biología y la genética como bases explicativas de los síntomas psicóticos.

El fundamento de los diagnósticos categoriales son dos sistemas el DMS (Manual diagnóstico y estadístico de las Trastornos mentales) de la Asociación Psiquiátrica Americana y el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud. En dichos manuales se encuentran definiciones de la esquizofrenia que lleva a variaciones disyuntivas y a considerar la fiabilidad, pues para el diagnóstico, una persona debe presentar dos de los cinco síntomas característicos, lo que nos da más de 15 combinaciones de esquizofrénicos distintos que reciben el mismo diagnóstico y el mismo tratamiento. De esto se desprenden consecuencias en relación con la fiabilidad y validez de estos constructos. Por lo que propone el manejo de otros constructos definibles y mensurables como duración, frecuencia, intensidad y convicción.

También en este trabajo hace un extenso análisis sobre la idea de que la esquizofrenia es una enfermedad, apoyado de muchos otros que están en desacuerdo en que la esquizofrenia es una enfermedad crónica, grave e incapacitante; pues normalmente se trata desde la psiquiatría biológica, que sustenta que las personas enfermas deben dicho padecimiento a afecciones en el cerebro (que en la mayoría de los casos se explicaría como un exceso de actividad en los sistemas dopaminérgicos) lo que nos da un explicación natural de la locura, es decir, se trata como si esta no tuviera relación alguna con el contexto y las condiciones de cada persona como los traumas infantiles, la pérdida, la pobreza, situaciones de abuso, el estrés, etc., estos aspectos se verían como secundarios cuando en realidad son altamente relevantes.

El problema de ver la esquizofrenia como una enfermedad “natural” es que no se le pone atención a las biografías de los sujetos, estas carecen de relevancia y se niega cualquier enfoque comprensivo sobre las experiencias inusuales. Abad y Toledano, retomados en el trabajo sostienen la idea de que, al designar a un personal experto en ponerle nombre a las afecciones del otro, se silencian las otras versiones y posibles explicaciones alternas, lo que provoca una desvalorización por parte de las personas afectadas, permeando una lógica de dominación desde Freire, en la que se oprime el derecho de las personas de expresarse o desarrollar cualquier sentido crítico al respecto de su situación. Esto desde Goffman genera un proceso patologizador de las identidades marcado por una fuerte despersonalización. Sin embargo, para la lógica de la biomédica conviene seguir reproduciéndose para que la industria farmacológica sea sustentable.

Por otra parte, el trabajo de Álvaro Múzquiz Jiménez que se titula *Las perturbaciones del objeto psiquiátrico y sus determinantes: el caso de la desaparición de la esquizofrenia* se centra en la discusión sobre la evolución del concepto de esquizofrenia y las propuestas de su sustitución.

Al principio habla del trabajo de Kraepelin quien hizo un tratado llamado Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias, este tratado según la opinión de Eugene Bleuler quién estaba convencido de que el Dementia Praecox era un proyecto embrionario que podía tener confusiones o términos que se podían tomar de distintos modos.

Bleuler sostenía que el término Dementia Praecox tenía sentido al momento histórico que pertenecía, pues los estudios en psiquiatría eran muy poco avanzados. Con el tiempo, el término cambió a Dementia Praecox Esquizofrenia manteniéndose este último término hasta nuestros días. Las críticas al término han sido sociopolíticas (centradas en un análisis general de la enfermedad mental y su marco económico, de poder y cultura). El otro eje de crítica ha sido de tipo científico.

En principio hace referencia a que todas las críticas rechazan el concepto de esquizofrenia ya que sólo ha sido medido desde los estándares de un sentido médico. Los argumentos de estos se agrupan en dos

vertientes: el primero desde su validez conceptual y el segundo sobre sus problemas prácticos. El problema de su validez radica en que no se han encontrado lesiones histopatológicas ni sustrato genético o fisiopatológico por lo que existe una gran indefinición y heterogeneidad sintomática y no hay ningún patrón sobre su curso o pronóstico. Por lo que queda la validación sobre la idea de que la esquizofrenia es una entidad compleja que pudiera ser demostrada desde el neurodesarrollo, pero tampoco hay prueba suficiente de esto.

Por otra parte, el aspecto práctico se centra en la capacidad estigmatizante del término, que se sustenta en investigaciones en las que las personas evaden comunicar que son esquizofrénicos, pero no que padecen o sufren de una enfermedad mental.

Por las razones anteriores, el autor hace la siguiente conclusión: si no existen datos suficientes que sustenten el concepto como válido y además de eso, produce efectos negativos y prejuicios no hay razón para mantenerlo aún. Sin embargo, existe y las razones de ello se centran entonces en otro campo como intereses económicos y profesionales ajenos al ámbito científico.

A partir de aquí habla de las propuestas, para reemplazar el término, y dice que son heterogéneas. Desde sólo renombrar el mismo grupo de trastornos sin modificar el concepto; un autofinanciamiento basado en síntomas, dimensiones, y endofenotipos que nos llevaría a crear nuevas categorías sindrómicas (síndrome de relevancia aberrante, el de psicosis atenuada, o susceptibilidad a la psicosis) y otro eje de propuestas sobre la disolución del término en un concepto general inespecífico como psicosis o locura.

Sin embargo, todos estos son intentos de resolver una misma dimensión del problema: la continuidad de la esquizofrenia y la identidad de concepto y nombre.

En el resto del artículo nos habla de cómo estas críticas y tendencias más allá de mejorar, sólo busca el posicionamiento de conocimiento verdadero sobre lo que anteriormente era válido. Por ello hace un recorrido sobre el neopositivismo, el neoliberalismo, la biopolítica, el estigma y la psicopatología.

A modo de cierre, el autor nos dice que las propuestas por abolir la esquizofrenia se muestran como un nuevo intento de adecuar la psiquiatría a los valores de la cientificidad que son los idóneos para continuar con las pretensiones de la industria farmacéutica.

El trabajo *Influencia de las características sociodemográficas y clínicas de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia* de Laura Guedes de Pinho, Anabela Pereira y Claudia Chaves hace una revisión de la conexión entre la calidad de vida, el acceso a los recursos y oportunidades de una persona y cómo esto afecta a su percepción de su salud y bienestar. El trabajo consistió en la elaboración de una comparación de la calidad de vida de tres grupos: personas sin psicopatologías, personas con trastornos mentales comunes y personas con trastornos mentales graves. Los resultados de este trabajo arrojaron que la calidad de vida de las personas con trastornos mentales severos es significativamente menor en relación con los otros dos grupos, así como sus condiciones generales de vida como el empleo y las relaciones sociales.

Uno de los trastornos considerado grave es la esquizofrenia, como tal la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves es baja, la esquizofrenia como principal causa de discapacidad entre adultos jóvenes ha sido objeto estudio desde diversos aspectos como el sociodemográfico, económico, clínico, y el funcionamiento social y ocupacional.

El estudio concluye que las condiciones de vida de las personas con esquizofrenia son determinantes para su calidad de vida, ya que quienes presentan mayor autonomía en cuanto a vivienda y ocupación son los que tienen mejores resultados respecto de los que cohabitan con familiares o cónyuges así como la influencia de quienes usan neurotípicos o han estado hospitalizados.

Por otro lado, el trabajo de Marina Fuentes y Eva Fernández*,* titulado *La esquizofrenia en el medio penitenciario* habla de las personas reclusas quienes padecen esquizofrenia. El estudio se hace mediante

datos tomados de distintos países, como Francia, España, Reino Unido y Dinamarca. De cada país se pone el número de reclusos y el porcentaje de este que presenta esquizofrenia o psicosis.

Estos estudios concluyen que las características de los pacientes son las siguientes: aquellos que tienen ingresos previos el año anterior, tienen diez veces más probabilidad de ser recluidos de nuevo. Mientras que los pacientes con patología adictiva comórbida al trastorno psiquiátrico presentan cinco veces más probabilidad de ser encarcelados. Los pacientes sin domicilio, ni recursos económicos tienen el doble de probabilidad de ser recluidos. Los pacientes con diagnósticos de esquizofrenia o psicosis tienen el doble de probabilidad que aquellos diagnosticados con otros padecimientos. Por otra parte, los pacientes varones de entre 18 y 29 años son los más frecuentemente encarcelados y aquellos que no tienen seguro médico. Por lo que el perfil descrito aquí es que un paciente psiquiátrico es más frecuentemente encarcelado que el resto, y tendría las siguientes características: varón, joven, psicótico, con comorbilidad adictiva, sin recursos económicos, con mal seguimiento médico y reincidente.

A continuación, se enumeran artículos en los que se trabaja de la relación entre esquizofrenia y la comisión de delitos o actos violentos en los que de lo que más se ha hablado es el trastorno comórbido por uso de sustancias. El consumo de drogas entre pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves como predisposición a cometer actos violentos tiene vastas referencias bibliográficas. (Munetz (2001), Beck (2004), Eronen (1996), Räsänen (1998), Swanson (2006), Elbogen y Johnson (2009)).

En el siguiente apartado del artículo habla de la poca o nula adherencia al tratamiento, ya sea por falta de acceso o incumplimiento del mismo, siendo esta una de las principales razones del cometimiento de actos violentos. Por esta razón el trastorno por el uso de sustancias no sólo hace que el cumplimiento del tratamiento sea irregular, sino que suma los síntomas psicóticos a los fármacos, es por esto que los pacientes con esquizofrenia dual tienen mayores probabilidades de ser diagnosticados de esquizofrenia

resistente al tratamiento. Sin embargo, hay investigaciones (Bonum, 1997) en las que se sustenta que ni el trastorno por uso de sustancias solo, ni el abandono de medicación por sí mismo desencadenaba el comportamiento violento de un paciente con trastorno mental grave, pero si la combinación de ambos.

Por último, en cuanto a la relación entre violencia y síntomas de esquizofrenia. Sostiene que desde el inicio de la enfermedad se presentan actos violentos, se presenta también un menor correlato afectivo y comportamiento en relación con los síntomas como delirar o alucinar.

Como cierre se habla de un mal abordaje de la enfermedad mental grave por parte de los servicios sanitarios y de la sociedad en general, ya que la prevalencia de la enfermedad es muy alta en distintos reclusorios de diferentes países.

3.3 Imaginarios sociales sobre las enfermedades mentales

La publicación de Manuel Torres Cubeiro llamado *Imaginarios sociales de la enfermedad mental* hace referencia a la sociología luhmanniana con respecto a las representaciones sociales mediante la cual hace una sociología de la psiquiatría y la medicina. Torres integra los requisitos de una sociología médica de las enfermedades mentales en el marco de la teoría de sistemas de Niklas Luhmann, en el que el concepto de imaginario social de Juan Luis Pintos es clave.

Se habla de que el imaginario es un producto social, este se crea para gestionar el desorden en contextos de alta complejidad, permitiéndonos ver cómo la sociedad nos da imaginarios. Estos según Pintos son esquemas perceptivos construidos socialmente en contextos complejos, los imaginarios son los que permiten percibir, explicar y actuar, ya que simplifican la complejidad (Coca-Valero 2010: 61 en Torres 2012: 102).

De esta manera, el imaginario social de la dolencia mental dentro del sistema médico percibe, explica y actúa simplificando los problemas de los enfermos que a su vez son ciudadanos. Así, lo que los pacientes

experimentan es percibido como enfermedad, y se actúa sobre ella y se predice su futuro. A partir de ese momento el doctor y paciente se comunican a través de ese Imaginario Social haciendo claros los efectos secundarios o la poca comprensión de la dolencia mental.

Aquí se hace una lista de lo que define Pintos como funciones sociales que cubre un imaginario social.

A) Genera percepción de estabilidad frente a situaciones de cambio social. Tomando como enfermedad la incomprensible situación que vive el inicio de una enfermedad mental. B) Otra función es una imagen de continuidad en donde hay discontinuidad. Sitúa la continuidad de una enfermedad. C) La siguiente función es dar explicaciones universales de fenómenos fragmentarios. Da una imagen unificada de lo que es sin sentido y separado. Así pues, la vivencia de un enfermo mental se ve explicada al poder explicar la razón de su sin-sentido. D) La cuarta función es poder actuar sobre los procesos comunicativos de los sistemas diferenciados. Da un ejemplo con los beneficios del Litio como estabilizador de la enfermedad bipolar, pero, no es hasta que es esa información es asimilada dentro del imaginario médico de la dolencia mental que, al acoplarse con los beneficios generados en el sistema, hasta ese momento se generaliza su uso y actúa sobre la enfermedad, hasta ese momento se hace socialmente real (Torres, 2012:103).

Aquí nos dice que como la función del imaginario debe ser simplificar la realidad que es compleja, por tanto el imaginario no puede ser coherente, sólo puede ser válido si se pueden contradecir y hay posibilidad de ser criticado, pues esto lo hace crecer en los sistemas sociales complejos.

En este punto define y explica el aporte de Luhmann, sistemas sociales, complejidad y policontextuRalidad[1]. Dice que la complejidad Luhmann es definida como una imitación, el autor dice que la comunicación imita y esta a su vez selecciona los sistemas sociales. Así se ha multiplicado la complejidad. Cada sistema aporta sus selecciones: la economía, el sistema sanitario, el sistema educativo, el arte, el sistema político. Cada uno opera de manera individual sin tener en cuenta el resto. La economía

[1] Término textualmente acuñado por el autor para describir la situación en que múltiples códigos son válidos al mismo tiempo, siendo contrarios.

trabaja sobre la escasez de recursos gestionando pagos y cobros. La sanidad sobre la salud de los individuos, potenciando con los recursos económicos, etc, cada uno aporta dando una imagen de unidad, pero en realidad ninguno tiene en cuenta al otro.

En cuanto a la "policontextuRalidad" se retomó de G Günter (1979). Está describe la situación en que múltiples códigos son válidos al mismo tiempo con valores contrarios. Cada sistema social desarrolla y aporta elementos importantes, pero ninguno es dominante, hay "contextuRalidades" por eso el autor dice que es imposible describir a la sociedad actual.

El autor concluye que es casi imposible poder descomplejizar algo como una enfermedad mental, que como cualquier otro campo tiene imaginarios sociales que también son complejos y múltiples.

Como podemos ver la información sobre este tema es vasta, información que aún están en boga debido a su complejidad abordada desde la psiquiatría hasta la sociología, para el caso de este trabajo las investigaciones encontradas se tomarán como aporte de una discusión fundamental para el diálogo entre disciplinas.

Las enfermedades mentales son todavía un tema que despierta muchas incógnitas de todo tipo académico y científico, no obstante, para este caso se centrará la investigación en el ámbito de las representaciones y los imaginarios sociales y familiares y cómo estos repercuten en el individuo.

4. Marco teórico

Para desarrollar esta tesis se utilizará el interaccionismo simbólico como corriente para su análisis, las categorías a desarrollar son: Familia, Estigma, Género y Territorio.

El interaccionismo simbólico se ha elegido por las ideas lo sustentan, ya que desde la perspectiva del análisis es la que mejor se adecúa al tema. El propósito es exponer una serie de significaciones, roles e identidades configuradas por la interacción de los miembros y el lenguaje, por ello es que se apunta a la conversaciones diarias y las acciones rutinarias que la familia lleva a cabo. En la forma en la que se postula aquí el interaccionismo simbólico con sus respectivos autores se justifica la generación de identidades y roles fuertemente instalados en cada individuo de la familia, así como exponer el engranaje de la crianza y desarrollo de las relaciones afectivas. Lo anterior sin perder de vista que apuntalar a las interacciones de la familia como objeto de estudio es complicado debido a la intimidad del grupo, esto puede crear límites del investigador con la familia, y las reservas que tenga la identidad colectiva con respecto al exterior. Por lo que, es conveniente que se puntualice y se explique su pertinencia de los conceptos que se analizarán y desarrollarán en el presente trabajo de investigación.

De este modo es como el investigador estructura el desarrollo tomando como eje las categorías del Interaccionismo simbólico: Familia en su carácter de creadora de roles de identidad; los estigmas y mitos generados entre integrantes con el tiempo; roles de género y la división de tareas y espacios físicos y mentales que delimitan los comportamientos de la familia, es decir el el territorio de lo propio y lo ajeno.

A continuación se hará un recorrido sobre los principales autores con sus más emblemáticos aportes al Interaccionismo Simbólico.

4.1 Interaccionismo simbólico

Los inicios del interaccionismo simbólico comenzaron con autores provenientes de la Escuela de Chicago, un conjunto de investigaciones del área de las Ciencias Sociales entre 1915 y 1940. El interaccionismo

simbólico se desarrolla en la cúspide del Pragmatismo, que predominó en la Escuela de Chicago, con las ideas de John Dewey, Charles Pierce y William James y la herencia de la filosofía de Hume y Kant. (Azpurua, 2005. p. 32)

Herbert Blumer es quien en 1937 emplea el término interaccionismo simbólico, sin embargo se considera a Herbert Mead (1934) como el inspirador del movimiento. Dichos autores sostenían que debe considerarse a las significaciones sociales como producto de las interacciones de los actores. (Symbolic Interaccionism: Perspective and Method, 1969) lo que implica que el investigador adopte una metodología de análisis que le permita participar en la interacción humana como actor, por lo que las concepciones del sujeto, son el objeto de estudio del Interaccionismo Simbólico. (Azpurua, 2005. p. 32)

En palabras de Blumer (1969) el interaccionismo simbólico descansa en tres principales premisas:

"La primera es que las personas actúan hacia las cosas, sobre la base de los significados que las cosas tienen para ellos, esas cosas pueden ser lo que los humanos noten en su mundo- físico, como árboles o sillas, otros humanos como una mamá o una empleada de tienda; categorías de humanos como amigos o enemigos; instituciones como escuela o gobierno; ideas orientadoras como la independencia individual o la honestidad; las actividades de los otros como las órdenes y las solicitudes; y situaciones como encuentros individuales en su vida diaria. La segunda premisa es que el significado de esas cosas se deriva o surge fuera de la interacción que uno tiene con sus semejantes. La tercera premisa es que estos significados son manejados y modificados a través de un proceso interpretativo usado por la persona al tratar con las cosas que encuentra." (Blumer, 1969, 1)

Las características del interaccionismo simbólico que recopila Pons se centran en trabajos posteriores a los de Blumer y Mead, como son los de Klein y White (1996); Ibáñez (2003); Musitu (1996), Rose (1962), Stryker (1964, 1980), sintetiza los supuestos básicos del interaccionismo simbólico:

● Los humanos viven en un ambiente simbólico como el físico, y lo adquieren mediante los sentidos conjuntos complejos de símbolos. Los humanos se caracterizan porque son capaces de aprender, recordar, y comunicar simbólicamente. Los símbolos son abstracciones mentales con significados (palabras, ideas). La mayoría de estos símbolos son aprendidos mediante lo que significan para los demás, por eso acaban significando lo mismo para quien los aprende y adopta. Esto se puede ver en cómo se ha desenvuelto el tema de la locura para la familia, como una herencia lo suficientemente fuerte para seguir replicándose en cada generación.

● Aprender qué es un símbolo es solamente uno de los procesos que ocurren en la mente humana, otro de los procesos es aprender a evaluar diferencialmente los símbolos. Los juicios de valor son definiciones de atracción o rechazo hacia algo o creencias sobre el valor o importancia de los fenómenos. Se aprenden de aquellos individuos con los que interactuamos. La capacidad de aprender nuevos símbolos y evaluarlos es casi infinita.

Por otro lado, G. H. Mead es el autor que impulsa una metodología en la que la sociología analice los procesos en los que los actores acuerdan sus conductas. (Azpurua, 2005. p. 32) Mead ponía a la interacción en el centro de todo fenómeno social; en 1973 desarrolló sus primeras ideas sobre el "Sí mismo", categoría que actúa como la conciencia de de cada uno y se constituye progresivamente de acuerdo con las relaciones que el individuo tenga con los procesos sociales y los individuos que forman parte él. El "Sí-mismo" juega como un objeto que recibe las acciones de los demás, entramando una estructura que nace de la experiencia social. (Mead en Marc y Picard, 1992, p.69) El individuo interioriza el punto de vista del otro y lo vuelve parte del discurso interno en el que contrasta ambos diálogos, el suyo y el externo, haciéndose consciente de sí mismo, éste es el proceso de la comunicación social, en el que permite diferenciar las facetas de sí mismo, así como los roles sociales de cada uno y el propio. (Marc y Picard, 1992, p.70) Así a medida que se internaliza la presencia de los demás, se reafirma la conciencia

de sí mismo como un sujeto "Yo" y se decide ser parte de la sociedad o no, pero siempre en relación a ellos y al actuar de los mismos, al tiempo que se concientiza el lugar de las personas como parte de su entorno y da paso a la regulación del comportamiento, así como al actuar en consecuencia de lo que los demás provocan en el sujeto. De forma que se ha construido por completo el Sí-mismo cuando se considera miembro de una comunidad, en la que el otro generalizado ejerce a su vez un control sobre la conducta de sus miembros. (Marc y Picard, 1992, p.71)

En palabras de Mead "El individuo se convierte en un objeto para sí mismo precisamente porque se descubre, porque se descubre adoptando las actitudes de los otros que están implicados en su conducta" (Herbert Mead, 1991, 178) Mead considera que se generan dos "Yo" el Sí-mismo y el "Yo" como comunidad de personas a las que pertenece y con las que interactúa, haciendo énfasis en que siempre se mantiene presente una identidad colectiva a la que el individuo siempre va a estar sujeto, esa identidad colectiva es la que permitirá la regulación y anticipación de su comportamiento, lo que sugiere que existe un diálogo o "interlocución" permanente entre esas dos identidades llamadas "Yo" construidas en el individuo, por esa razón Mead se considera precursor de la concepción "interlocutiva" de la relación.

Como veremos en el desarrollo, la familia C.R. a través de su comunicación ha creado un código particular que les permite definir y entender el territorio físico como jerárquico, y con esto el comportamiento que corresponde a cada integrante.

La comunicación es la clave para entender a los otros, pues sólo por medio de ella se externa el pensamiento ya que se expresa con el habla, por ello la comunicación es la que da paso a la interacción. La interacción por su lado es el proceso que permite la comprensión de la conciencia. Así es como una persona al nacer inserta en una sociedad configura su subjetividad a través de sus costumbres, tradiciones, convenciones, lengua, instituciones, valores, entre otros elementos simbólicos, esta interacción se desarrolla en un espacio físico o simbólico que se toma como territorio. Estos elementos a su vez

permiten la intersubjetividad o bien la colectividad de interacciones sociales desarrolladas en un espacio delimitado considerado público o privado. De acuerdo a Dewey los fenómenos complejos no pueden simplificarse, por lo que es necesario su comprensión con su complejidad, creando un sistema coordinado de acción. (Dewey en Pons, 2010, p.25) Siguiendo estos principios teórico-metodológicos la Familia C. R. tiene que ser analizada en su conjunto para entender la complejidad de su comunicación, interacciones, significados y en su espacio físico o simbólico correspondiente.

Herbert Mead, con un aporte muy similar al de Dewey, defiende que la persona emerge de la interacción social a través del lenguaje y la forma de interacción simbólica. (Mead en Pons, 2010, p.26) en su trabajo explica el desarrollo del *self* y remarca que la autoestima y el auto-concepto se origina, se mantiene y se modifica a través de la interacción social. Este autor dice que la interacción social está mediada por símbolos con significado, símbolos por los que recibe información sobre sí mismo a través de los otros y anticipa cómo reaccionarán ante su conducta, ello mediante un proceso de comprensión de roles sociales (padre, profesor, amigo, etc.). Los roles tienen consigo normas sociales que guían la conducta y permiten predecirla, además de favorecer en uno mismo la adquisición de los roles. Es por ello que el aprendizaje de cada rol supone una interiorización de la sociedad dentro del individuo, a su vez este puede desplazarse fuera de sí mismo y evaluar sus características. (Pons, 2010, p.26) Este mecanismo se desarrolla como si fuera natural para los C.R. que las mujeres cumplan el rol de cuidadoras de los integrantes trastorno de la salud mental y esta transmisión de responsabilidades es intra doméstica, como veremos.

Mientras que Mead está convencido de que la esencia de la comunicación humana es la previsión de las respuestas que cada acto suyo provocará en los demás. Esto implica que para poder comunicarse, el sujeto debe conocer qué significan los símbolos para los demás, ser capaz de entender lo que el otro interpreta, de aquí surge el concepto de “otro significativo” que son aquellos que ocupan roles importantes en la vida

de una persona (padres, maestros, etc.). El otro significante será un elemento clave en el aprendizaje de roles y de la noción de uno mismo, cuando se generalizan los puntos de vista del "otro significativo" al conjunto de la sociedad, al "otro generalizado".

Son este tipo de discursos los que les dan peso a los símbolos, porque son de los que se habla.

- Los humanos deciden sus acciones de acuerdo a los símbolos que han aprendido y la importancia que tienen para los otros. Aquí se diferencia el interaccionismo simbólico de otras teorías, ya que se caracteriza porque el comportamiento está asociado al significado de las ideas en la mente, este significado es compartido con los individuos que interactúan.
- Los humanos son capaces de distinguir entre una variedad de objetos. Las personas son reflexivas y en su introspección crean gradualmente una definición del *self*. El *self* es un proceso de concienciación y definición del propio sí mismo y por ello es cambiante y dinámico.
- Distintas partes del *self* en el proceso de percepción. Una es el *self* físico, que corresponde al cuerpo y sus múltiples propiedades, y el *self* social, lo que es uno en relación con la sociedad, a subunidades de sociedad y con las personas próximas.

La familia C.R como veremos, es un grupo íntimo en el que se forja la identidad los roles, comportamientos y espacios que sus integrantes adoptan como propios.

- Hay otra distinción en el "yo" y el "mí". El "yo" son las partes impredecibles y espontáneas, mientras que dentro del "mí" están los roles sociales que corresponde desempeñar y es la parte del *self* que los demás conocen de uno mismo y la parte en que se basarán para aprender su propio conocimiento de la realidad, el "mí" está determinado por las relaciones sociales. Tanto el "yo" como el "mí" están en un continuo proceso cambiante que nunca llega a ser completo. El interaccionismo simbólico incluye cierto determinismo, sin embargo, también existe un carácter indeterminado en el comportamiento humano.

- El nombre es actor y reactor. El ser humano responde a los estímulos del ambiente externo y también selecciona el ambiente de acuerdo a sus intereses conductuales. Lo que es ambiente y lo que es estímulo no siempre será lo mismo. Lo exterior será estímulo cuando sirve para asociar impulsos con satisfacciones. Los seres humanos responden al ambiente tal y como se percibe por medio de procesos simbólicos. El hombre es capaz de responder a sus propias producciones internas simbólicas. Los lugares como el hogar es un simbolismo de pertenencia asociado a un lugar geográfico. Este simbolismo en esta tesis se le reconoce como el territorio, el territorio también responde al espacio público y puede ser asociado a lo ajeno.
- El hombre tiene un gran potencial cuando inician su vida, su naturaleza y sus reacciones se determinan por lo que encuentran. El niño comienza siendo asocial hasta convertirse en un ser social.
- La sociedad precede a los individuos. Las sociedades están compuestas por culturas, que tienen conjuntos de significados y valores. La sociedad es un contexto dinámico en el que ocurre el aprendizaje y el que responde de maneras diversas de acuerdo a lo que encuentre.
- La sociedad y el hombre están integrados. Esto lo defiende Herbert Mead, y dice que el interaccionismo simbólico pone de relieve la armonía entre el hombre y la sociedad. Los hombres aprenden una cultura y se convierten en integrantes de la sociedad, estas relaciones experimentan tensión cuando encuentran incongruencias y conflictos en su interacción.

El interaccionismo simbólico busca significados en la interacción de los individuos y los grupos, y los símbolos que se utilizan y cómo al cambiar los símbolos también cambia el comportamiento de las personas. El método de análisis de estos es cualitativo, mediante sus herramientas de análisis. El estudio empírico prioriza el análisis de las palabras de los sujetos, es una forma de desarrollar conceptos con base en las verbalizaciones, intentando comprender a las personas dentro de su marco de referencia.

Corrientes de análisis del interaccionismo simbólico

En el interaccionismo simbólico desarrollado por Blumer y Mead se pueden distinguir tres ramificaciones en su orientación: el acercamiento estructural, el interaccional y el microinteraccionista, en el caso de esta tesis nos enfocaremos en el microinteraccionista que da paso a la escuela de Palo Alto con Goffman (Álvaro y Garrido, 2007; Klein y White, 1996 en Pons, 2010: 30).

Acercamiento microinteraccionista

Representado por Erving Goffman, el acercamiento interaccionista se basa en las interacciones de la vida cotidiana una gran aportación del autor a la conversación microinteraccionista es su libro "La presentación de la persona en la vida cotidiana" (1959), En este, Erving Goffman presenta una metáfora dramatúrgica aludiendo a las representaciones teatrales. En su aporte pretende examinar cómo las personas se presentan frente a los demás y cómo tratan de controlar la impresión que causan en los otros. Goffman al aportar esto da un paso más y dice que la realidad social se puede manipular a conveniencia del sujeto con la imagen que ha querido transmitir, de tal modo que los otros actuarán influidos por esa imagen que ha querido dar esa persona.

Asimismo, como de un papel teatral, existe una realidad entre bambalinas, con reglas "en escena" y fuera de ella, esto pertenece al espacio privado, el territorio íntimo de la persona, concepto que se desarrollará más adelante. Aquí el *self*, desde el microinteraccionismo dice que se va definiendo por el contexto interaccional y la forma en que la persona comprende el contexto y las reglas.

Sobre el interaccionismo simbólico Marta Rizo (2011) nos habla de la polisemia de la acepción de comunicación, y cómo desde el interaccionismo simbólico es la base de toda relación. En su texto enuncia un recuento muy completo de las disciplinas que abordaron a la comunicación antes de que esta se emancipara. Enseguida nos da un recorrido de quienes hicieron aportaciones al interaccionismo simbólico

y sus planteamientos, estos autores son: Robert E. Park, Charles H. Cooley y Erving Goffman, que para el caso de esta tesis son en quienes nos centraremos por ahora.

De esto se concluye que al analizar la interacción entre el sujeto y el mundo los toma a ambos como procesos dinámicos. Así es como se le da una gran importancia a la capacidad del actor para interpretar el mundo social.

El lenguaje se concibe como un sistema de símbolos. Las palabras son símbolos porque se utilizan para significar a las cosas haciendo posibles los demás signos. Las acciones, los objetos y las palabras existen y tienen significado porque pueden ser conceptualizadas y descritas mediante palabras. Otro aporte de Mead es el *self*, este tiene dos partes como bien lo mencionó Ponds, el "yo" que es la respuesta inmediata e imprevisible, y el "mí" que es lo que hay de sociedad en el individuo.

Lo que menciona de Erving Goffman es su comprensión de las instituciones que designó como sistemas cerrados, los clasificó en cuatro rubros: el técnico, el político, el estructural y el cultural. Por su enfoque dramático permite la convergencia de los cuatro y la captación de la vida institucional en todos sus aspectos.

Rizo hace una síntesis del modelo planteado por Goffman, llamado enfoque dramático:

1. Permite comprender tanto a nivel macro que es el de las instituciones, así como micro que es el de las percepciones, actuaciones de los individuos, luego entonces el de las interacciones que se generan y que a su vez generan otras interacciones. En este sentido se destaca el papel asignado a la interacción (por tanto, a la comunicación) en la formación de la vida.
2. Goffman retoma los elementos esenciales del análisis para acercarse al problema del individuo.

Marta Rizo a continuación habla del "ritual" que desde Goffman es cultura encarnada en la que se presenta un dominio del gesto y la expresión de emociones así como actuar de modo convincente.

Las personas muestran la “cara social” que es una máscara expresiva que le ha sido designada por la sociedad y que se le retirará si no se comporta del modo que la merezca, por eso quienes quieran conservarla tendrán que cuidar sus expresiones. La ritualización también abarca los encuentros cara a cara, ya que cuando expresamos gratitud, aceptación, ofrecimiento, también se vislumbran las normas de etiqueta y a su vez las cualidades de las personas como el orgullo, el honor, la dignidad y la posición social.

Existen dos ideas desglosadas del concepto de ritual de Goffman: se relacionan los rituales con el proceso de comunicación ya que estos son actos humanos expresivos; y se toma al ritual como un complejo de símbolos ya que transmite información significativa para otros. La segunda idea es que se relacionan a los rituales con los movimientos del cuerpo, tomándose como un *habitus*[1].

En cuanto a las aportaciones de Goffman, conviene para este trabajo es pertinente mencionar su trabajo de Estigma, 1963 en el que presenta un poco de la historia del término y la categorización de lo que se concibe como estigma, englobando las señas particulares físicas o mentales poco habituales de los individuos a los que se les atribuye un estigma. Dentro de este trabajo las definición pertinente será la siguiente:

De acuerdo con Goffman existen:

> Tres tipos de estigmas [...] las abominaciones del cuerpo, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. [...] por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, los estigmas tribales de la raza, nación, y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia. (Goffman, 1963, p. 14)

En el cuerpo del análisis se revisará a fondo la presencia del estigma, ya que se desarrolla en las historias que se cuentan entre los integrantes con respecto a los familiares de otras épocas en la familia C.R.

Familia

En cuanto a la familia *El Enfoque sistémico en los estudios sobre la familia* de Espinal, I. Gimeno, A. y González, F. habla de la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy en 1968 tuvo influencia en distintas disciplinas como las ciencias naturales, ecológicas, medioambientales sociales, pedagógicas, psicológicas o tecnológicas así también en los estudios de la familia como son los trabajos de Satir, Minuchín, 1986; Selvini, Palazoli, Andolfi, 1993, Musitu et al., 1994 Rodrigo y Palacios, 1998, Gimeno, 1999. Surgen en terapia familiar y son Escuelas de Palo Alto y Milán. El modelo sistémico explica el comportamiento y la evolución de familias normativas y normalizadas, actuando como base a programas de formación y prevención (Espinal, et al.2004, p.2)

Puesto que el desarrollo del ser humano se enmarca en una serie de sistemas relacionados entre sí que pueden definirse como distintos escenarios de interacción con el ambiente. De acuerdo a Bronfenbrenner (1987) la familia es el organismo que configura al individuo en mayor medida el desarrollo desde su concepción. Este autor aportó el "modelo ecológico" que se sintetiza en una disposición seriada de estructuras concéntricas inclusivas, es decir cada una de las estructuras se encuentra inmersa en la siguiente. Así Bronfenbrenner (1986), Rodrigo y Palacios, (1998) y Papalia y Olds, (1992), conciben la familia como el microsistema más importante porque configura la vida de una persona, este se desarrolla en un lugar físico que es el hogar. Las influencias que se dan al interior del microsistema a su vez se reciben influencia del exterior, delimitando lo que tiene lugar en el ambiente más próximo que sería el exosistema. Por consiguiente el mesosistema familiar, son un conjunto de sistemas con los que la familia guarda relación e intercambia de modo directo, como son la escuela, el vecindario, el club deportivo. El mesosistema recibe la influencia de la familia reflejada en el comportamiento de los individuos. Por tanto el macrosistema corresponde al conjunto de valores culturales, ideologías, creencias y políticas, da forma a la organización de las instituciones sociales. A través de este modelo sistémico podemos observar que cada grupo familiar se inserta en una red más grande. Y a la vez analizar cómo los microsistemas

permiten integrar la energía de los demás miembros del sistema aludiendo a que existe comunicación constante entre el sistema y sus componentes y entre sistemas y subsistemas. Es entonces que existen subsistemas que tienen sus propias interacciones, formando una unidad con la totalidad. (Espinal, et al.2004, p.2)

La interacción de quienes conforman el subsistema se regula mediante flujos que se retroalimentan del comportamiento de los otros subsistemas que conforman el sistema, lo que hace a la familia una estructura compleja. La dinámica es mediada por el funcionamiento de cada subsistema en los distintos ciclos de la vida del sistema. (Espinal, et al.2004, p.2)

El autor hace una definición de la familia según esta teoría "La familia es un conjunto organizado e independiente de personas en constante interacción, que se regula por reglas y funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior" (Minuchín, 1986, Andolfi, 1993; Musitu et al., 1994, Rodrigo y Palacios, 1998) Este enfoque se basa en el conocimiento de la familia, como un grupo con identidad propia y como un escenario en el que tienen lugar un entramado muy grande de relaciones. (Espinal, I. et al., 2004, p.3)

En la definición de la familia como sistema aparece 'conjunto' que aporta una realidad más allá de la suma de individualidades. Esta totalidad se constituye mediante un sistema de valores y creencias, rituales, costumbres y lugares geográficos y simbólicos compartidos por las experiencias a lo largo de la vida y que se transmiten generacionalmente. Esta cultura familiar da identidad y pertenencia dando satisfacción a sus necesidades de filiación y construyendo una identidad personal. (Espinal, et al.2004, p.3)

Otra característica de la familia como sistema es 'estructurado', la familia lleva una estructuración de la vida cotidiana que incluye reglas de la interacción y jerarquización de las relaciones entre los componentes, también incluyen reglas que regulan las relaciones con el exterior y que hacen la separación de quienes pertenecen y quienes quedan excluidos (Parson y Bales, 1955 en Espinal, 2004, p.4) esta separación supone también una territorialidad física y simbólica de pertenencia y de lo ajeno, este

conjunto ejerce el conocimiento de reglas implícitas como las explícitas, ya que son las que condicionan las relaciones familiares y los espacios de la familia. Mediante estas se conoce y comprende a la familia, estas pueden incidir en cómo la familia hace frente a los problemas de cada uno de los miembros y la problemática como grupo. Las reglas son acordes a los valores y creencias de la familia y regulan la detección de necesidades de sus miembros, la comunicación y los intercambios de dar y recibir ayuda que son de suma importancia para conocer la funcionalidad del sistema. (Espinal, I. et al 200, p. 4) La familia al ser un grupo con interacciones complejas se debe analizar tomando en cuenta los espacios físicos y simbólicos que en la familia pueden ser abiertos a todos los integrantes como el hogar, el espacio público de la familia; pero también se hace hincapié en los espacios privados como la intimidad y el cuerpo, estos conceptos se desarrollarán a fondo en el análisis.

A continuación se presentan la categorías utilizadas, cada una fue elegida con respecto a los testimonios pues fueron los temas comunes en el todos ellos, así pues "Familia" se eligió para enmarcar los significados, concepciones, funciones y atribuciones de la familia, así como analizar bajo esta teoría las lógicas que le dan identidad a esta familia C. R. La categoría "Estigma" tiene el propósito encontrar las creencias y misticismos bajo la locura y los trastornos mentales dentro de la familia C.R. Mientras que la categoría de "Género" hace un énfasis en la distinción de roles, comportamientos y hasta enfermedades que la familia hace de cada género. Por último, la categoría de "Territorio", engloba el espacio físico y abstracto en el que la familia que es parte y responsable de sus integrantes trastornados, este espacio al no ser físico no es rígido y cambia de acuerdo a las decisiones de la familia o de sus integrantes. Sin embargo, a lo largo de esta investigación muchas otras categorías fueron eje transaccional como: identidad, sistema, conflicto, locura, misticismo entre otras.

4.1 Marco Conceptual

4.1.2 Familia

Marc y Picard quienes nos dicen que la familia es:

> El lugar de elaboración y aprendizaje de las dimensiones más significativas de la interacción: los contactos corporales, el lenguaje, la comunicación, las relaciones interpersonales. Desde una perspectiva genética, es el seno de la familia donde se instaura el proceso de socialización del niño, donde se construyen los esquemas relacionales de base que influirán más tarde en sus interacciones de adulto. La familia es también [...] el campo de relaciones afectivas más profundas (amor, sexualidad, filiación, relaciones fraternales…) [...] La familia es un grupo institucionalizado, relativamente estable, que constituye una de las bases de la vida social. Por esto, representa a la vez un modelo y un ejemplo del sistema interactivo que implica una especialización de roles y actitudes, una relación de lugar, normas relacionales y un conjunto de representaciones y valores que orientan las conductas. (Marc y Picard, 1989, p. 155)

> La familia no se reduce a la suma de interacciones entre padres hijos y relaciones fraternales. Como institución no puede ser considerada una suma de elementos de que se compone; forma una totalidad dinámica que asume una doble función de diferenciación y de lazo entre sexos y entre generaciones. Obedece a ciertas normas que rigen la división de roles y funciones, las relaciones entre miembros y con el exterior. Dadas estas características y la relativa estabilidad del grupo familiar, se puede considerar que éste constituye un *sistema interactivo.* Es un sistema abierto ya que mantiene numerosos intercambios (económicos, culturales y sociales) con el entorno, asegurando la reproducción de generaciones, la socialización de base en los niños y la transmisión de los valores, de los ideales, de las formas de pensamiento que fundan la sociedad. (Marc y Picard, 1989, p. 168)

4.1.3 Estigma

Goffman con respecto al estigma y el atributo:

> Tres tipos de estigmas [...] las abominaciones del cuerpo, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. [...] por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, los estigmas tribales de la raza, nación, y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia. (Goffman, 1963, p. 14)

> Basándonos en el defecto original, tendemos a atribuirle un elevado número de imperfecciones y al mismo tiempo, algunos atributos deseables, pero no deseados por el interesado, a menudo de

índole sobrenatural, como el "sexto sentido", o la percepción de la naturaleza interior de las cosas. (Goffman, 1963, p. 15)

4.1.4 Género

Viveros Chavarría con respecto al Rol de Género:

> El rol exige a cada miembro una forma de comportamiento, deberes y privilegios; por esto, el rol se articula a lo psicológico y a lo sociológico, los roles son reglas sociales de comportamiento que los otros esperan de un sujeto en particular; de acuerdo al rol es la exigencia social, a un padre en una estructura social patriarcalizada se le pide un comportamiento distinto que a un padre en una sociedad sostenida en la igualdad de derechos y que promulga la democracia y la equidad de género. (Viveros, 2010, p. 395)

> Parsons (1966) nos dice que: "los hombres ejercen roles instrumentales de manutención y proveeduría económica y la mujer roles expresivos de sostenimiento del afecto y de 'calor humano" (Viveros, 2010, p. 395)

Legarde con respecto de género:

> "ser hombres patriarcales requiere ser propietarios del mundo y, para cada hombre, de su fragmento de mundo, de sus mujeres, de sus redes de parentesco y familiares." (Legarde, 1997, p. 111)

4.1.5 Territorio

Goffman (1971) con respecto de territorio de posesión:

> Todo conjunto de objetos que se pueda identificar con el yo y organizar en torno al cuerpo donde quiera que se halle este. Los ejemplos centrales son los que se califican de "objetos personales": posesiones de las que es posible desprenderse con facilidad, como chaquetas, guantes sombreros, paquetes de cigarrillos, cerillas, bolsos y su contenido y paquetes.
> También se deben incluir las personas que están a cargo de un reivindicante, pues desde el punto de vista de la territorialidad, funcionan en cierto sentido como sus posesiones personales. (p. 56)

Gooffman (1973) con respecto de envoltorio:

> La piel que cubre el cuerpo y, un poco más allá, las ropas que cubren la piel. Desde luego, el envoltorio del cuerpo puede funcionar como el menor de todos los espacios personales posibles, la configuración mínima a ese respecto, pero también puede funcionar como una reserva por derecho propio, como el tipo más puro de territorialidad egocéntrica. (p. 5)

5. Apartado metodológico

La metodología utilizada en este proceso de investigación es la metodología cualitativa, Taylor y Bogdan (1986) comentan sus características:

- Es una investigación inductiva
- Se ve al sujeto estudiado desde una perspectiva holística
- Los investigadores cualitativos son conscientes de causar algún tipo de efecto sobre el sujeto estudiado
- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro de su propio marco referencial
- El investigador cualitativo debe bloquear sus propias creencias
- Para este investigador todas las perspectivas son valiosas. Todos deben ser escuchados.
- Es un método humanista que no pierde de vista el elemento humano de la vida social
- Se magnifica la validez interna
- Para el investigador cualitativo todo es digno de estudiarse.
- La investigación cualitativa es un arte (S.J. Taylor y R. Bogdan, 1984, p.p 19).

Esta metodología permite saber más del sujeto de estudio, con sus diferentes técnicas, permite entrar más al comportamiento de los integrantes de la familia y expresión verbal y no verbal en la interacción de la familia así como el comportamiento individual, para analizar a fondo al sujeto tanto acompañado como en el manejo de su persona.

5.1 Técnica

La técnica utilizada es entrevista en profundidad, esta técnica permite elaborar información de la familia en su ambiente, contexto y actividades que desarrollan, observar y relacionarse con sus situaciones o circunstancias e identificar las reacciones e interacciones. Se requiere de todos los sentidos para captar los ambientes y actores.

En el texto *"*Introducción a los métodos cualitativos de investigación" *de* S.J. Taylor y R. Bogdan, describen que la observación participante en el campo se divide en tres etapas para realizarla de manera adecuada.

La primer etapa es la interacción social esta nos permite *"*lograr que los informantes se sientan cómodos y ganar su aceptación*"* (S.J. Taylor y R. Bogdan, 1984, pp. 50).

La segunda etapa son los modos de obtener los datos necesitados en la investigación hablamos de *"*estrategias y tácticas de campo*"* (S.J. Taylor y R. Bogdan, 1984, pp. 50).

La tercera etapa es la recolección de datos obtenidos en el campo de manera escrita.

Por otro lado la entrevista en profundidad permitirá tener un acercamiento más profundo a los miembros de la familia, Marta Rizo menciona que "fortalece o facilita la interacción entre el investigador y el investigado. Permite al investigador tener acceso a las percepciones de los sujetos investigados con respecto algún tema en concreto" (Rizo, 2009. p.7)

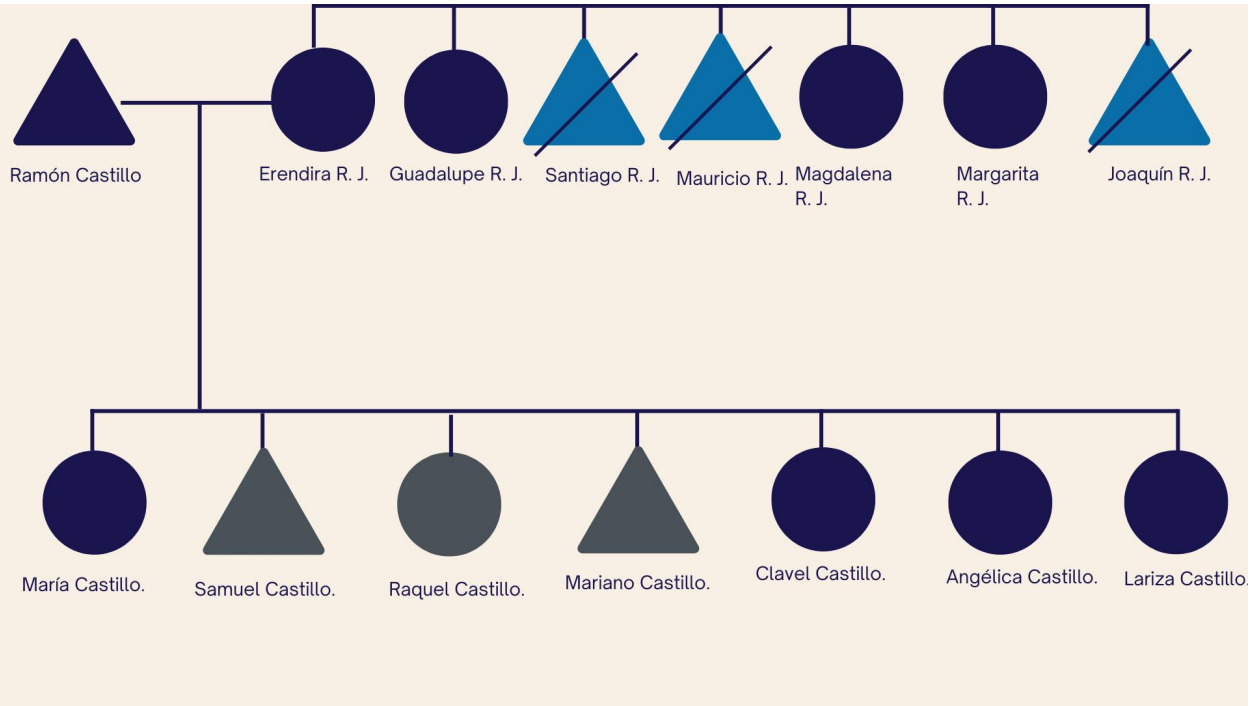
Debido a la intimidad con la que se está trabajando es importante considerar que el trabajo de observación participante no pudo ser escrito en el momento, sino que fue parte del proceso de *raport* para que las entrevistas fueran contestadas con la mayor confianza y honestidad posible.

5.2 Muestra intencional / teórica

El lugar principal para realizar el trabajo de campo con ambas técnicas fue la casa de los C. R. Ya que esta casa es el hogar de la primera y segunda generación de la familia. Este lugar incluso a nivel simbólico es dónde las personas han pasado por muchas de las vivencias que marcaron su vida.

Las entrevistas se realizarán a Erendira R. y Ramón C. integrantes de mayor edad de quienes se recopila la historia de la familia y posterior a ellos se harán entrevistas a sus hijos: Raquel y Mariano quienes

tuvieron contacto directo con Joaquín, Mauricio y Santiago señalados como personas con trastorno de la salud mental, asimismo se entrevistará a Lariza y a Yeraldine con la finalidad de recopilar información con respecto a Araceli, la única integrante de la familia que tiene un diagnóstico psiquiátrico en la actualidad. Son esencialmente estos los miembros a entrevistar pues son los que tuvieron acercamiento directo con las personas con trastorno de la salud mental. Todos los nombres y apellidos de la investigación en las entrevistas fueron cambiados para proteger la intimidad de la familia.



NOTA: Los integrantes señalados con color gris fueron los entrevistados para esta tesis, mientras que los señalados con azul oscuro son los miembros que la familia asegura tuvieron diversos problemas mentales o esquizofrenia.

5.3 Presentación de los sujetos/ tiempo/ espacio

Los Castillo

Ramón C.C. relata que en su familia las mujeres eran jefas de familia. La familia de Ramón ascendentemente es Guadalupe Castillo, hija de Isabel Jares Contreras. Guadalupe Castillo tuvo tres hijos de Inocencio C.: Arturo, Ramón y Rubén.

Ramón dice que su hermano Arturo tenía algún trastorno pues su conducta era extraña, este hermano falleció cuando tenía 8 años por un derrame cerebral. Inocencio, el padre de Ramón tuvo un hijo con otra mujer, del que dice también tuvo problemas mentales, no especifica cuáles, sin embargo, Ramón piensa que su papá tenía alguna predisposición a "tener hijos así".

Por parte de la familia materna de Ramón no se encuentra a ninguna otra persona de la familia con trastornos mentales.

Los Rendón

Erendira R tiene más antecedentes de enfermedades mentales localizados por la familia desde el abuelo de Erendira, Regino Jares, es el caso más antiguo. Ana Jares, madre de Erendira aseguraba que de Regino viene la descendencia de los trastornos mentales que desembocó en los hermanos de la generación de Erendira R., quienes fueron ocho, cuatro mujeres y cuatro hombres. En la investigación se les puso mayor atención pues los hermanos de Erendira R. fueron el centro de los estigmas de la familia. Se presentaron de manera cronológica.

Erendira habla de Regino Jares como el primero en sufrir un trastorno sin dar certeza de cuál sólo menciona que tenía comportamientos extraños. De esta primera generación no encuentra ningún otro caso hasta sus hermanos. Tres casos en los que la familia afirma que tuvieron síntomas de esquizoides.

Joaquín, el mayor de los hermanos regresó a México después de vivir 20 años en EEUU, al volver estuvo unos días con Erendira para regresar a Tarimoro de donde es originario, allá su comportamiento se tornó extraño abandonando la casa de su madre para vagar por las calles.

El segundo de sus hermanos fue Mauricio, que al presentar comportamiento extraño (desnudarse) mientras vivía con Erendira, esta hizo que lo retuvieran en *La Castañeda* un hospital psiquiátrico famoso por el tratamiento con choques eléctricos a los internos. Mauricio estuvo recluido un año; salió, volvió a trabajar y se mudó a vivir con su madre en el Estado de México donde Erendira los visitaba junto con sus hijos.

El tercer hermano que presentó conducta extravagante fue Santiago, los testimonios apuntan que era el más apático de todos pues no hablaba más que lo necesario con su madre. Erendira intentó recluirlo en *La Castañeda* sin lograrlo, Santiago vivía solo, después de tiempo su madre se fue a vivir con él y su hermano hasta que se quedó solo de nuevo al fallecer ambos, Erendira se ocupaba de llevarle alimento en ese entonces.

Por parte de los hijos de Erendira, los miembros identifican conductas parecidas a las de la personalidad de Mauricio en otros integrantes, pero no de comportamiento patológico.

Debido a las implicaciones sobre las enfermedades mentales de las últimas cinco generaciones de esta familia, existe la firme creencia de que las enfermedades mentales están latentes como una cuestión de genética en la familia. Las manifestaciones según los testimonios pueden presentarse de diversas formas, lo que hace que cada miembro con trastorno mental tenga una manera específica de demostrar su locura.

Ahora bien, con los antecedentes mentales, a continuación, se explica cómo el matrimonio de Erendira R. y Ramón C. se convierte en un estigma para sus hijos.

La familia C. R. es una familia de aproximadamente 21 integrantes que en su mayoría residen en la CDMX, lugar en el que la familia se conformó.

Esta familia asegura que los trastornos mentales son afecciones que varios de los integrantes han sufrido desde hace cinco generaciones.

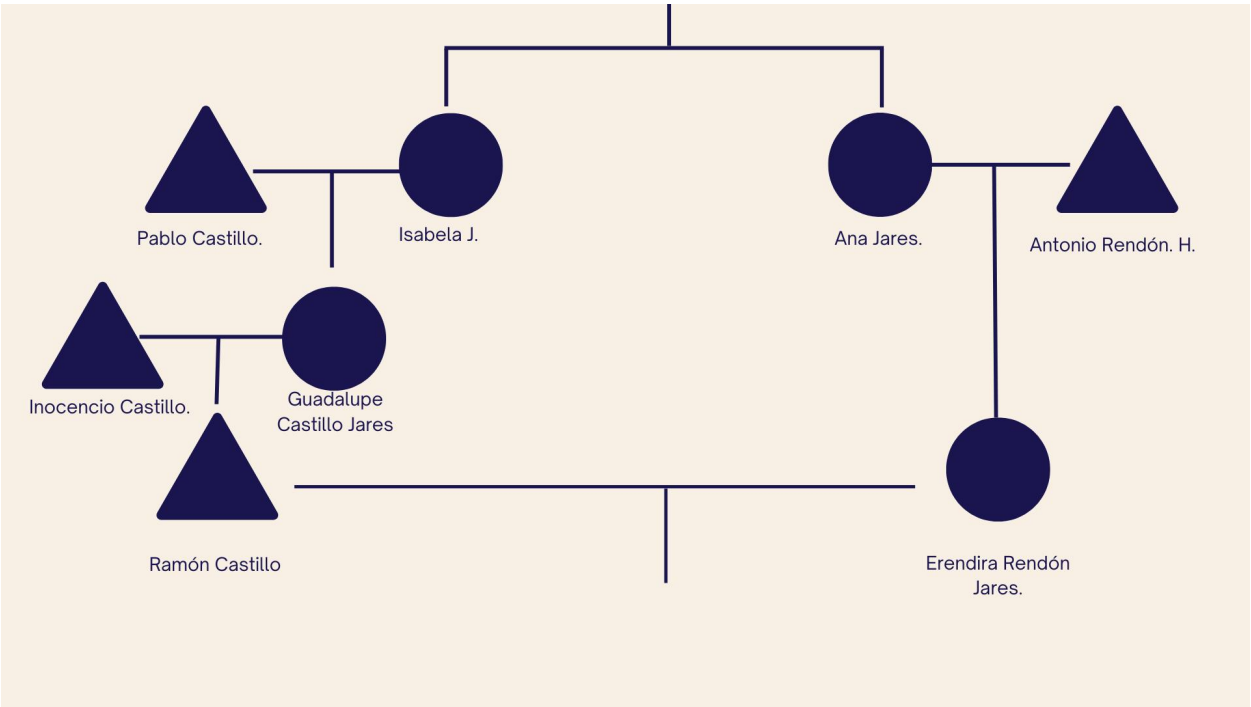
El estigma de la familia se intensifica con el matrimonio de dos descendientes las hermanas Ana e Isabel, es decir, la hija de Ana; Erendira y el nieto de Isabel; Ramón se casaron.

5.4 Árbol Genealógico

Se muestra un árbol genealógico para identificar los miembros en cuestión y su enlace en la familia.

ESQUEMA FAMILIA C.R.

Erendira y Ramón formaron una familia que ha albergado a la locura como parte de ellos, pues al ser tía y nieto se han convencido de que los frutos de su unión están destinados a la locura o estigmas que esta conlleva.



5.5 Instrumento para entrevista con la muestra intencional

¿Cuándo fue la primera vez que viste/escuchaste sobre los trastornos de la familia?

¿Por medio de quién? ¿O qué sucedió?

¿Cómo lo tomaste?

¿De qué manera se maneja el tema en su familia?

¿Qué piensas tú de esto?

¿Todos toman terapia?

¿De qué crees que dependa que los trastornos se desarrollen más agudos en unos que en otros?

¿Qué piensas del tratamiento psiquiátrico?

¿Lo tomarías?

¿Cómo hablas del tema con la nueva generación?

Entrevista de Yeraldine

¿Cómo ha sido convivir con Araceli?

¿Tú conoces sus diagnósticos?

¿Cuándo te enteraste por primera vez?

¿Cuándo fue la última vez que supiste sobre su tratamiento?

¿De qué manera esto juega un papel en su relación?

¿Cómo te has involucrado en la situación?

¿De qué manera te ha afectado?

6. Análisis

Introducción al análisis

La familia como la conocemos es un organismo compuesto de miembros consanguíneos que comparten espacio, comunicación, significaciones, valores, interacciones, intimidad, secretos, entre muchas otras cosas. De acuerdo con Marc y Picard la familia es:

> El lugar de elaboración y aprendizaje de las dimensiones más significativas de la interacción: los contactos corporales, el lenguaje, la comunicación, las relaciones interpersonales. Desde una perspectiva genética, es el seno de la familia donde se instaura el proceso de socialización del niño, donde se construyen los esquemas relacionales de base que influirán más tarde en sus interacciones de adulto. La familia es también [...] el campo de relaciones afectivas más profundas (amor, sexualidad, filiación, relaciones fraternales…) [...] La familia es un grupo institucionalizado, relativamente estable, que constituye una de las bases de la vida social. Por esto, representa a la vez un modelo y un ejemplo del sistema interactivo que implica una especialización de roles y actitudes, una relación de lugar, normas relacionales y un conjunto de representaciones y valores que orientan las conductas. (Marc y Picard, 1989, p. 155)

En la anterior cita se toma a la familia como el organismo más importante en la tarea de inserción del sujeto a la sociedad, ya que implanta en el mismo las interacciones fijadas por la sociedad. Pero también es formadora de la identidad del sujeto, en sus dimensiones social e interpersonal pues como bien lo menciona, es en la familia donde se aprenden y desarrollan los mecanismos de autopercepción y relacionales sociales, de afecto, sexualidad y contactos corporales. Podemos decir que la familia funge como un desarrollador del individuo para jugar su papel frente a la sociedad, sin dejar de lado su conciencia familiar, por su cualidad filial el sujeto logra construir una identidad individual y una identidad colectiva, lo que permite diferenciación frente a otros grupos, o familias.

6.1 Familia

La familia es un grupo que siempre está inserto en un contexto, en este caso si revisamos a la familia históricamente hablando se pueden rastrear lógicas patriarcales a lo largo de las civilizaciones colonizadoras. De acuerdo con Viveros Chavarría (2010) esta herencia se encuentra en investigaciones desde la antropología con Levi-Strauss (1988), hasta la historia con Rodríguez & Mannarelli (2007), en las que advierten que los roles de las familias tienen como centro al padre de toda la vida privada y pública, desde las antiguas sociedades de Grecia y Roma en las que se encuentran estos roles de patriarcas y la relegación de la mujer a un recurso para la reproducción de varones. (p.393) De este modo, observamos que la repetición de estos mismos roles se encuentran en las familias de la sociedad de nuestros días.

Para dibujar un poco mejor el concepto de familia tomamos a Marc y Picard quienes nos dicen que es:

> El lugar de elaboración y aprendizaje de las dimensiones más significativas de la interacción: los contactos corporales, el lenguaje, la comunicación, las relaciones interpersonales. Desde una perspectiva genética, es el seno de la familia donde se instaura el proceso de socialización del niño, donde se construyen los esquemas relacionales de base que influirán más tarde en sus interacciones de adulto. La familia es también [...] el campo de relaciones afectivas más profundas (amor, sexualidad, filiación, relaciones fraternales…) [...] La familia es un grupo institucionalizado, relativamente estable, que constituye una de las bases de la vida social. Por esto, representa a la vez un modelo y un ejemplo del sistema interactivo que implica una especialización de roles y actitudes, una relación de lugar, normas relacionales y un conjunto de representaciones y valores que orientan las conductas. (Marc y Picard, 1989, p. 155)

Los autores aluden a la familia como el lugar en el que las personas aprenden cuáles son los aspectos fundamentales de la interacción en los que se centra la comunicación familiar. Con toda la información que hemos recopilado, vemos que la familia C. R. se conforma de un grupo de miembros consanguíneos que comparten rasgos de los mayores, tiene características que los integrantes consideran herencia genética-patológica e ideológica.

Dos citas del testimonio de Raquel nos dan una imagen más clara de de la herencia de estas características:

> "Y yo de esas cosas que ves que yo conservo es por ellos, no de que sea "triquera" y eso. Todas esas imágenes y eso, yo tengo recuerdos de mi abuelita, porque yo siempre que iba, me llegué a quedar meses, ella tenía lleno, pues sí, fue su religión y la que prácticamente la perdió." (Raquel M. C. R.)

El testimonio de Raquel nos da varias ideas con lo mencionado, Raquel heredó su religiosidad de su abuela y al mismo tiempo nos dice que esa ideología fue uno de los rasgos que llevaron a su abuela a perder la razón. Esta es la única mención en la que se señala a su abuela Ana como parte de los miembros con trastorno de la salud mental, cabe destacar que no se vuelve a identificar a Ana por ningún testimoniante. Por otro lado, Raquel al igual que otros entrevistados nos habla de las características de Santiago, al que se le ha señalado como el más grave de sus tíos.

> [...] te digo era de carácter, [...] como Irving, así aislados como Alinne que hablan muy poco, que es raro que platiquen, hay varias gentes de aquí que son muy inteligentes, date cuenta y que son como muy aislados, es lo que yo me he dado cuenta de ellas. Que qué bueno que ya se están atendiendo, pero si te digo que el problema mental que dice mi mamá de su abuelo, era papá de su mamá, te digo que de allí es donde viene la locura, de la abuela" (Raquel M. C. R.)

En esta familia encontramos que se recuperan las características de los integrantes ascendientes, estos son los miembros que le dan una base a la estructura familiar, ya que basan los comportamientos e identidades de los nuevos miembros. Como vemos en la cita de Raquel las características destacables que demuestran locura de acuerdo a los testimonios son: el retraimiento, la introversión, el aislamiento y el silencio. De esta manera los integrantes menores adquieren una posición en la familia de acuerdo a los rasgos que se le identifican de sus antepasados. Como lo observamos en los testimonios de Raquel y Mariano:

> [...] [*Santiago*] "Él tenía problema mental, [...] y él era así como con el carácter de Irving, así de pocas palabras así callado, pero inteligente. (Raquel M. C. R)

> "[...] Y así como ves a Rafa, más o menos, así el tío Mauricio, una ocasión que ellos dos se encontraron estuvieron platique y platique en su onda, y yo pensé que estaba incomodando a mi tío, pero no, tenían

> toda una plática muy fluida a su forma de ser de ellos. Ahí tenían todo un lenguaje, así como un poquito incomprensible para uno." (Mariano M. C. R.)

En el fragmento de Raquel vemos que encuentra la introversión y la inteligencia como particularidades de Santiago que también encuentra en Irving. En este caso las características heredadas le dan una buena posición en la familia como alguien muy brillante. Sin embargo en el segundo testimonio, Mariano habla de cómo la personalidad de Mauricio también la posee Ramón, una identidad que de acuerdo a Mariano es incomprensible, por consiguiente vemos que se puede determinar una posición en la familia de acuerdo a los rasgos de los antecesores.

Debido a que esta familia afirma que diversos trastornos mentales se han presentado en algunos de sus miembros a lo largo de cinco generaciones esto ha provocado que el constructo *familia* e *identidad* se vean fuertemente influenciados por los significados simbólicos que ellos ligan con la locura. De manera que la familia ha creado rasgos simbólicoas, rastros que la locura ha dejado en todos los integrantes, como lo relata Raquel al referirse a sus hermanos:

> "Pero mira, por decir él *[Ramón]* se evade en su locura, yo también, Maria se va y se deprime, Lariza se deprime, todas, Clavel en su locura de andar de minifalda y 'no pasa nada' y se va y trata de hacer su vida, es muy individual y ya 'a mí me vale lo que pase y ya'. Pero si, todos se evaden, evaden la realidad" (Raquel M. C. R.)

Raquel nos engloba prácticamente a todos los miembros de la familia, redondeando la locura es un rasgo que los caracteriza y es parte de su identidad colectiva e individual, ya que según ella cada uno tiene una forma de evadir la realidad.

Las interacciones de los miembros de la familia los colocan en dos grupos de acuerdo a sus testimonios: las personas con trastorno de la salud mental que se comportan de manera extravagante o incomprensible para la familia; y las personas que no sufren un trastorno de la salud mental que por la presencia de locura en la familia tienen virtudes o capacidades extranormales. Debido a que la locura ha intervenido en la auto-concepción de familia, las categorías que se consideraron adecuadas para trabajar el análisis

son: Familia, estigma, género y territorio. Dichas categorías fueron seleccionadas puesto que los entrevistados mencionaron reiteradamente la significación de su contexto y su identidad mediante ellas.

La categoría familia debido a que los trastornos son algo que han heredado de sus antecesores y que de alguna manera los engloba a todos. La categoría género como una categoría importante puesto que en los testimonios podemos notar su importancia a partir de las características, virtudes o defectos que se le atribuyen o si el miembro del que se habla es hombre o mujer. Este mismo factor puede otorgar responsabilidad o no.

Se toma territorio se presentó como relevante, ya que en los testimonios se hace referencia constante a las interacciones entre los familiares "sanos" y los "personas con trastorno de la salud mental" en los diferentes espacios en los que viven y conviven; estos territorios son codificados como lo "externo" y lo "interno", es decir, el espacio dota de autoridad o subordinan a las personas que en él interactúan, por ejemplo, si el "esquizoide" es golpeado en la calle, el familiar a su cuidado no reacciona ni lo protege, por no estar en su territorio.

Así pues, conflicto es una categoría relevante en las interacciones diarias con las personas con trastorno de la salud mental, ya que se encuentran ideas contrapuestas en cuanto a la conducta de los miembros con trastorno de la salud mental y el resto de los miembros.

Encontramos que las dimensiones más significativas de los entrevistados están esencialmente vinculadas al pasado en donde encuentran su identidad, ya que la familia concibe el pasado como el predictor y sustento del presente. Esto lo podemos ver en los testimonios tanto de la abuela Erendira, que nos habla de la primera generación de "enfermos mentales", y en el testimonio de Raquel que se refiere a la quinta generación:

> Se llamaba Regino, Regino Jares, mi mamá nos platicaba que una vez quemó una troje.
> No sé los motivos por los que la quemó, nada más sé que a raíz de eso mi abuelo quedó paralítico y según mi mamá estaba un poco mal. Desde antes de que lo golpearan, yo creo, desde antes mi abuelo estaba un

> poco mal. Por su manera de ser. Mi mamá decía que a lo mejor de ahí venía el trastorno. (Abuela Erendira R.Y.)
>
> *[se le acusó de ser la culpable por su hijo autista]* le dije que no, que yo tenía mucho antecedente mental en mi familia y que entonces es herencia y me dijo que cómo yo no lo previne, más bien no haber tenido familia como Mariano. (Raquel M. C. R.)

De acuerdo a los testimonios la locura proviene de sus antecesores y se ha transmitido por generaciones, ya que vemos la constante recuperación de este patrón. Es por ello que la locura además de ser grave es un destino del cual no se salvan y que no les permite llevar una vida como la que quisieran, pues vemos que la locura es un factor que les ha limitado tener hijos a algunos integrantes o bien, arrepentirse a quienes sí los tuvieron. A pesar del completo convencimiento de que tienen por herencia la locura, hablar de ella no es tan claro en la descripción.

> "[...] [*Santiago*] él cuando vivía mi abuelita estaba aparentemente normal, te digo era de carácter, no como Ramón que hable y hable y hable, no, como Irving, así aislados como Alinne que hablan muy poco, que es raro que platiquen, hay varias gentes de aquí que son muy inteligentes, date cuenta y que son como muy aislados. Es lo que yo me he dado cuenta de ellas, que qué bueno que ya se están atendiendo, pero si te digo que el problema mental que dice mi mamá de su abuelo, era papá de su mamá, te digo que de allí es donde viene la locura, de la abuela. (Raquel C. R.)

Por ejemplo Raquel nos indica al inicio de su testimonio que hubo una fase previa a la locura en su tío y enseguida lo vincula con otros integrantes jóvenes de las generaciones actuales, ella hace ese enlace que describe perfectamente cómo los miembros localizan los rasgos de locura de sus parientes fallecidos en la nueva generación, quienes son sus sobrinos. Al tiempo que Raquel nos habla de ese enlace hace una segmentación, pues habla de "ellos" como el grupo afectado del cual ella no se identifica. La señalación de estas "nuevas personas con trastorno de la salud mental" permite que las relaciones interaccionales se mantengan, en donde no sólo se hereda la locura sino que también los mecanismos de identificación, es decir, que el sistema siempre tenga personas con trastorno de la salud mental a los cuales cuidar y que a su vez esa nueva generación busque sus propias personas con trastorno de la salud mental. Ahora bien,

estos sistemas interaccionales por supuesto están motivados por la adscripción y la afectividad que el sistema familia permite, en las que los cuidados a las personas con trastorno de la salud mental son el principal símbolo de cariño.

Por otra parte sobre la estabilidad de la familia de la que nos hablan Marc y Picard la podemos apreciar con claridad en las relaciones familiares permanentes y la definición de roles de una generación a otra, como en el caso de los hermanos de Erendira, nos explica cómo estas relaciones resurgen:

> "Y mi hermano estuvo ahí y se fue; duró unos diez años viviendo con mis papás [...]" (Erendira R.Y.)

La estabilidad de la familia se vuelve a lograr al presentarse los miembros que la familia considera personas con trastorno de la salud mental, la configuración de la familia cambia de manera que se acoge a las personas con trastorno de la salud mental en la vivienda y especializa el rol de cada integrante en conjunto con la relación de lugar (vivienda), las representaciones de género, de normalidad y responsabilidad; Paul Watzlawick nos dice sobre la especialización de las relaciones:

> Lo importante [...] no es la comunicación *per se* sino exactamente el aspecto relacional (conativo) de la comunicación humana, [...] Así, los sistemas interaccionales *serán dos o más comunicantes en el proceso, o en el nivel, de definir la naturaleza de su relación.* (Watzlawick, 1985, p. 118)

Como nos lo explica Watzlawick, dentro de la comunicación se infiere el rol de cada persona, de manera que al aprenderlo este se adopta casi de modo orgánico lo que nos permite reaccionar de maneras predeterminadas a ciertas situaciones. De esta manera vemos que dentro de la comunicación incluso la persona con trastorno mental adopta un lugar, pues Watzlawick nos dice:

> "Si la conducta esquizofrénica se observa dejando de lado las consideraciones etiológicas, parecería que el esquizofrénico trata de *no comunicarse.* Pero, puesto que incluso el sinsentido, el silencio, el retraimiento, la inmovilidad (silencio postural) o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación, el esquizofrénico enfrenta la tarea imposible de negar que se está comunicando y, al mismo tiempo, de negar que su negación es una comunicación." (Watzlawick, 1985, p. 50)

Raquel nos describe el comportamiento de sus tíos lo que podemos aludir la relación directa a lo que Watzlawick se refiere:

> “Ellos eran, no eran muy comunicativos, no, eran tranquilos, como serios. Todos son así, todavía los que viven, también mi tío Toño es así” (Raquel M. C. R.)

> “Y de ese abuelo que dicen que enloqueció. Pero si Santiago era muy aislado, yo no tanto creo que tuviera esquizofrenia, yo siento que él tenía como Asperger, porque él era muy inteligente, mucho muy inteligente, te digo que no tenía estudios de nada, y sabía de arquitectura, de pintura, creo que este cuadro lo pintó ...o lo compró” (Raquel M. C. R.)

Ligado a lo que dice Watzlawick una vez más encontramos en los testimonios que la locura se expresa con el silencio, la introversión y el aislamiento, características de todos los tíos de Raquel y el énfasis en la inteligencia como una cualidad muy arraigada de esa generación. Vemos entonces que incluso este silencio se interpreta como la comunicación propia de una persona loca, en donde los sistemas interaccionales de la familia cambian al hacer un diagnóstico empírico de quiénes son las “personas con trastorno de la salud mental” y la familia se adecúa a él, y una mujer de manera inmediata, voluntaria y automática absorbe el papel de cuidadora sin importar su cercanía, edad, o posición en la familia. Cabe destacar que en este juego de roles predeterminados cuando la cuidadora envejece o muere, otra suple su lugar instantáneamente como se analizará más adelante. Viveros nos corrobora cómo “los roles sostienen el estatus familiar y estos dos dan el soporte para el cumplimiento de las funciones familiares. Por eso, las funciones no son lo mismo que roles o que estatus, pero se relacionan directamente con ellos. (Viveros, 2010, p. 395). Gracias a los roles definidos en la familia es como se puede asegurar el sostenimiento del estatus familiar así como del cuidado de sus personas con trastorno de la salud mental. Además del juego de roles, se añaden los rasgos del estigma que ha sostenido esta identidad colectiva, pues se ven como una marca con la que viven todos en diferente intensidad, dándoles distintas capacidades, muestra de ello es el comentario de Raquel sobre sus tíos:

> [...] Tan sólo velo con mi abuelita y tiene otra forma de pensar, que no es igual a una gente que tú ves de Oaxaca, que no tiene nada de estudios, eso es digno de que también le admiren y te digo que eso es lo que a mí me tiene bien impactada, que haya sido tan culto [*Santiago*] y según tenía esquizofrenia” (Raquel M. C. R.)

Es aquí donde encontramos el principal diferenciador de esta familia, su identidad montada en una inexplicable inteligencia nata, y ello para Raquel es "digno de admiración". A pesar de tener la locura internalizada, ellos manejan un estigma que les permite atributos a todos los miembros como lo veremos en el capítulo siguiente.

6.2 Estigma

De acuerdo con Goffman existen:

> Tres tipos de estigmas [...] las abominaciones del cuerpo, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. [...] por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, los estigmas tribales de la raza, nación, y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia. (Goffman, 1963, p. 14)

Como se mostró en los testimonios de Erendira asegura que la locura existe en la familia desde su abuelo Regino, por lo que la locura se toma como un rasgo tan marcado que ha formado parte de la familia trascendiendo de generación en generación, como sus miembros lo sustentan:

> Ella, mi abuelita era la que sufría de enfermedades mentales, te digo que era muy metida en la iglesia, por eso sus hijos nacieron así, pero yo creo que los antecedentes venían más de ella, más que de él [*Antonio*] porque él, por la diabetes le afectó más el cerebro de ponerse tan agresivo, ¿no? (Raquel C. R.)

> "Pues porque estaba enfermo, bueno ya lo veíamos. Él llegó aquí a la casa, bueno, llegó allá a la Zaragoza [...] reconocí sus ojos porque cuando él se fue yo estaba chica y supe que era Joaquín." (Erendira R.Y.)

Ahora que vemos que los discursos sobre la locura son explícitos y repetitivos una de las entrevistadas nos habla del hecho que le da mucha mayor fuerza a la creencia de la locura en la familia:

> ¡Ah pero no sabes algo! (baja la voz) que mi mamá y mi papá son familia. Ah bueno eso es una cosa peor porque imagínate si ya tenemos el antecedente mental que supuestamente tienen… tenemos de parte de la abuelita entonces qué onda si son la misma familia, por eso estamos tan mal. (Raquel C. R.)

Este parteaguas en la familia es fundamental para el entendimiento de esta, ya que este factor es tomado en la familia como la causa de sus enfermedades, dolencias del presente y es el determinante de que la

locura sea una realidad innegable que permea en todos los miembros de manera profunda. Raquel al bajar el tono de su voz nos muestra que habla de un secreto, una verdad de la que no se habla el haber sido hijos de dos integrantes de la misma familia, ya que para ellos esto se traduce en la potencialización de la locura.

Por lo anterior mencionado encontramos que se desarrollan dos estigmas en la creencia familiar: vemos el de los "defectos del carácter" que se ejemplifica con la locura del abuelo Regino, a la que Goffman le llama perturbaciones mentales; y los estigmas "tribales" que son aquellos defectos que Goffman describe como los que se adquieren por la relación congénita y que se transmiten, por lo que da como resultado una familia que al encontrar en sus antepasados miembros a los que calificaron como personas con trastorno de la salud mental se han significado una y otra vez en las personalidades de estos y desarrollado el estigma en un nivel mayor al concebir que sus padres son primos, por lo que el estigma vuelve a tomar fuerza específicamente en esta familia. Ahora bien, con el estigma viene una cara favorable de la que nos habla Goffman, el atributo:

> Basándonos en el defecto original, tendemos a atribuirle un elevado número de imperfecciones y al mismo tiempo, algunos atributos deseables, pero no deseados por el interesado, a menudo de índole sobrenatural, como el "sexto sentido", o la percepción de la naturaleza interior de las cosas. (Goffman, 1963, p. 15)

Contrastamos esto con los testimonios de Raquel y Mariano acerca de su tío Santiago quienes nos dan un ejemplo de lo que habla Goffman:

> "[...] muy tranquilo muy trabajador, es excesivamente trabajador"
> (Raquel C. R.)

> [...] Porque yo me asombré cuando murió [*Santiago*] [...] y cuando entramos, había una colección tan grande [...] de libros de arquitectura, de idiomas, de arte, pintura, una colección de discos de los Beatles, de música de orquestas, que nunca me imaginé que le encantaban. Él oía y leía demasiado nunca hizo una carrera, como mi mamá, que son gente con mucha inteligencia, muy intelectual, me impactó mucho, y todos sus libros son... hojéalos para que te des cuenta de qué magnitud ...y mi tía Lupe también, ve a qué nivel ha llegado que ya ella descifra códices, no tiene más que tercero de primaria, ¿de dónde le viene

> tanta inteligencia? ¿si has sabido que la gente muy inteligente tiene algo de locura? Ahí es donde me cae el 20, que cómo es que son tan inteligentes natos. (Raquel C. R.)
>
> "A él le gustaba mucho leer, era autodidacta, y era una persona común entre comillas. [...]" (Mariano C. R.)

Como se observa, se dan ciertas características que los entrevistados consideran virtudes del sujeto estigmatizado, dándole un matiz de ser extraordinario en ciertas actividades. Aunado a esto Raquel también involucra a su tía Lupe y su madre Erendira dentro de las personas que poseen virtudes, sugiriendo que estas cualidades se adquieren genéticamente. De ambos testimonios ratificamos que Santiago era un sujeto al que le precedía un estigma y a su vez se identificaba como su principal atributo el intelecto. Parafraseando a Raquel, las personas inteligentes sufren de locura, que se percibe como el costo de poseer una gran inteligencia y es en esta frase en donde claramente se ve lo que nos describe Goffman como estigma.

Otro elemento que podemos rescatar de los testimonios en esta familia es la tonalidad sobrenatural con la que este estigma viene acompañado:

> "[...] Ya no trabajaba, empezó a hacer cosas así cuando la luna... a fines de mes se enfermaba él de la mente, pues esa era su enfermedad de él. (Erendira R.Y.)

Erendira tiene una visión cósmica de lo que le pasaba a su hermano, lo que no lo convierte en una locura intrínseca, sino que esta viene del exterior, de los astros y que además es muy particular de Santiago. Erendira ve a la locura como un efecto de cosas externas que afectan solamente a su hermano Santiago, mientras que el estigma y las virtudes pueden ser una dimensión que todos los miembros poseen, como lo narran Erendira y Raquel:

> Un día amaneció el domingo y yo desperté muy contenta porque algo me dijo que ya había descansado él, [*Santiago*] que ya no sufría porque yo sentía su agonía, su sed, todo lo sentía yo y ese día cuando amaneció algo me dijo que ya no sufría que ya había descansado, entonces le dije a mi hermana eso que yo sentía que Santiago ya estaba descansando, así me dijo la voz en mi mente que ya no estaba sufriendo, que había recibido ayuda y que ya estaba descansando. (Erendira R.Y.)

Vemos que Erendira está convencida del vínculo que tenían ella y su hermano, y nos narra cómo ella es portadora de ese "sexto sentido" del que nos habla Goffman. En este caso, un lazo psíquico que le permite saber el estado de salud y anímico de Santiago. Esta conexión Erendira sólo mencionó tenerla con Santiago. Mientras que Raquel nos habla de cómo los descendientes más parecidos a sus tíos con trastorno de la salud mental son portadores de los atributos que los harán destacar:

> "[...] La gente que llegue a hacer aquí algo, en especial por ejemplo Irving, Aline es porque tienen muy buenas raíces que desgraciadamente se han perdido porque no se les habla de eso a los más chicos" (Raquel M. C. R.)

Como se puede notar en esta familia hay características propias del género, cómo las mujeres poseen las capacidades para cuidar de sus miembros que consideran personas con trastorno de la salud mental que incluso pueden llegar a ser sobrenaturales, mientras que los hombres juegan un papel de dependencia. Es en este punto en el que la categoría género toma relevancia.

6.3 Género

Como se ha hecho mención en los capítulos anteriores los roles de género son el cúmulo de características por los que se determina qué miembros desempeñarán ciertas obligaciones, actitudes, responsabilidades, hábitos, virtudes, entre otros, de acuerdo con la cultura y las creencias de la identidad; Viveros Chavarría nos dice:

> El rol exige a cada miembro una forma de comportamiento, deberes y privilegios; por esto, el rol se articula a lo psicológico y a lo sociológico, los roles son reglas sociales de comportamiento que los otros esperan de un sujeto en particular; de acuerdo al rol es la exigencia social, a un padre en una estructura social patriarcalizada se le pide un comportamiento distinto que a un padre en una sociedad sostenida en la igualdad de derechos y que promulga la democracia y la equidad de género. (Viveros, 2010, p. 395)

Según Viveros Chavarría el rol está estrechamente vinculado a la sociedad y a lo que las ideas tradicionales de la misma dictaminen de acuerdo con su identidad, en su ejemplo habla de la estructura

patriarcal que se divide de acuerdo al género, que conlleva muchas diferencias entre un género y el otro, Muyor Rodríguez nos dice que eso es un "contrato de género", concepto de de Navarro-Ardoy (2006) que sostiene:

> Éste hace referencia a los factores culturales y las expectativas de rol que adopta cada género en distintas situaciones vitales, tanto públicas como privadas. Así, el contrato "tradicional" se materializa en el predominio de una estricta separación de roles entre mujeres y hombres, en la que a ellos les queda asignado el trabajo extra-doméstico y remunerado, mientras que a ellas se les atribuyen las tareas de cuidado del hogar y de la familia que no son remuneradas. (Navarro-Ardoy en Muyor-Rodríguez, 2019, p.87)

Con este "contrato de género del que nos habla Navarro-Ardoy podemos visualizar la división de tareas que culturalmente se hace en las familias.

Sin embargo ésta repartición de roles no sólo se hace a partir de los comportamientos socialmente esperados de un género, sino que las características biológicas o fisiológicas también influyen en los comportamientos esperados e incluso las enfermedades, pues como lo mencionan Arenas y Puigcerver en su artículo: "Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica", se ha demostrado que a nivel psico-biológico hay una brecha entre hombres y mujeres:

> Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento. (Arenas, Puigcerver, 2009, p.2)

De manera que el género puede representar la encarnación de muchas características tanto sociales como biológicas y hasta patológicas, como también lo muestran las estadísticas del número de personas con esquizofrenia que son en su mayoría hombres, pues según la OMS (2018) existen 21 millones de personas con esta enfermedad de los cuales 12 millones son hombres y 9 millones mujeres, la OMS también advierte que es "es más frecuente en hombres [...] que en mujeres [...]. Asimismo, los hombres desarrollan esquizofrenia generalmente a una edad más temprana." Con lo que podemos concluir que los

roles generan un perfil de lo que la sociedad y su familia puede esperar de una persona de acuerdo a su género.

Con esta información de fondo nos encontramos con que la familia C.R. le atribuye al género masculino una alta propensión a desarrollar enfermedades mentales como nos lo narra Raquel:

> "[...] [*Además de Santiago*] antecedentes mentales prácticamente casi todos los hermanos de mi mamá, más los hombres que las mujeres. Porque Francisco también, él también dice mi mamá que como que se le fue el avión, pero ya de grande y luego que tomaba." (Raquel M. C. R.)

Vemos que Raquel como descendiente de esta familia afirma que las enfermedades mentales están presentes en toda una línea generacional que es la de sus tíos, sin embargo, son mucho más marcadas en los hombres y lo reitera con los miembros de su generación, sus hermanos:

> [*Mariano se hizo la vasectomía para evitar hijos con trastornos*] Que bueno, yo pienso que Mariano miente, eh, yo creo que no se hizo la vasectomía, yo pienso que él es estéril, igual que Sergio, ah y Julio, Cristian también puede ser estéril, eh, ah y el tío Santiago también. Puede ser herencia también, eh. Pero ve como la naturaleza de alguna manera defiende, ¿verdad? para que no sigan naciendo personas peor. Lo malo que nosotras no, también deberíamos ser estériles, también ¿Sí o no? (Risas) Por eso yo lamento mucho lo de Pavel [su hijo es autista], fíjate que yo tuve relaciones con ese tipo 4 años y nunca me embaracé." (Raquel M. C. R.)

En este testimonio añade una característica de cómo se percibe la esterilidad ligada a la figura masculina en la familia. Hasta ahora vemos que de acuerdo con los testimonios en esta familia los hombres son portadores de ciertas características por ser hombres. Este testimonio representa bien cómo se expresa cada rol pues mientras que la locura y la esterilidad se presentan como parte de la naturaleza de los hombres, Raquel habla de cómo en su rol como mujer ella pensó que era estéril también, sin embargo no fue así, aludiendo que la esterilidad en los hombres es una especie de condena.

Podemos percibir de lo anterior que los hombres de esta familia son propensos a sentir una minimización de su "hombría" al restarle su capacidad reproductiva y de raciocinio. Con respecto del rol masculino Parsons (1966) nos dice que: "los hombres ejercen roles instrumentales de manutención y proveeduría económica y la mujer roles expresivos de sostenimiento del afecto y de 'calor humano" (Viveros, 2010,

p. 395) fragmento en el que nos reitera el lugar que "deben" ocupar los hombres, en lo extra doméstico, como lo es el trabajo que permite la manutención de la familia. Ahora bien, en los testimonios recopilados de Erendira vemos que ni Joaquín, Mauricio, ni Santiago desempeñaron dicho papel de esposo, padre, o proveedor, a continuación ejemplos de cada uno:

> [*Joaquín*] Llegó aquí a México y se vino de EEUU, él se casó allá y dejó a la esposa y se vino para acá, tenía como 40 años o menos, tal vez. [...]allá hizo su vida y se casó, tuvo hijos, y luego anduvo acá en México y trabajaba en temporadas, pero no trabajaba en realidad, él andaba vagando en la calle. (Erendira R. Y.)

> Mauricio, vivió aquí en México, vivía acá en la colonia Floresta y después se casó y estuvo con su esposa, pero no duró mucho tiempo con ella, su esposa se fue a Morelia con su familia y él dejó de trabajar y se vino para la Zaragoza. (Erendira R. Y.)

> [*Santiago*] Estaba bien en apariencia porque él nunca se casó ni tuvo novias. De joven le gustaba una muchacha y según estaba enamorado, pero nunca le habló para novia y yo le decía - 'búscate una novia, búscate amigos'-, pero no me hacía caso [...]. (Erendira R. Y.)

Vemos que los distintos fragmentos nos hablan de cómo los tres casos se quedaron sin esposa y sin trabajo e incluso se pone en duda el bienestar de Santiago, al decir que aparentemente estaba bien, reiterando su falta de salud con la ausencia de novias y de esposa, aspectos que nos dejan ver cuáles eran las expectativas de la familia con respecto a la vida de Santiago.

Como vemos los hombres cargan con grandes cuestionamientos a su salud mental, sus habilidades sociales, y su capacidad reproductiva, características que recaen en su identidad como hombres y tienden a invalidar su virilidad, aquí el rol de género masculino se rompe. Es entonces que vemos que la familia al ver a los hombres como poco funcionales en el espacio extra-doméstico los consideran personas con trastorno de la salud mental y los conciben como incapacitados de hacerse responsables de sí mismos, es por tal razón que la familia capta al miembro con trastorno mental y lo infantiliza dándole a su vez a una mujer su rol de cuidadora. Por lo tanto el rol de género de los hombres es frecuentemente invalidado en lo extra-doméstico, mientras que el de las mujeres está reforzado en lo intra-doméstico, al ser ellas quienes se encargan de la persona mentalmente afectada.

Con respecto a esto Muyor-Rodríguez nos dice que:

> Factores socio-culturales que actúan también como mecanismos a la hora de atribuir el cuidado familiar. Cano-López (2013) introduce estos análisis desde el deber moral en el que la mayoría de las mujeres han sido socializadas. Este sociólogo señala que todavía juega un papel fundamental la construcción del valor de la buena hija, esposa o madre que se relaciona con el carácter cultural por el que se acaba asumiendo el cuidado cotidiano de un familiar: Se trata de la reproducción social de unas prácticas incorporadas por las mujeres a través de los esquemas simbólicos de carácter cultural que imperan en una sociedad neoliberal regida bajo un sistema patriarcal. (Cano-López, 2013, p. 8 en Muyor-Rodríguez, 2019, pp. 96, 97).

Por lo que encontramos que lo que hace que una mujer acate este papel de cuidadora son los factores socio-culturales; ya que la familia al estar inserta en una sociedad patriarcal y tener internalizaciones acerca de la mujer como la portadora de calidez y el trato maternal desempeña el papel de la buena hija o la buena madre que, en este caso es la que se hace cargo de sus personas con trastorno de la salud mental y los cuida. Como el caso de Erendira al hacerse cargo de Santiago en diversos momentos de su vida; cuando volvió de EEUU:

> Santiago pues estaba viviendo conmigo, [...] él estaba aquí en la casa, me ayudaba con los hijos y así vivimos muchos años. Me dijo que si yo lo asistía él me daba dinero y yo le daba de comer y le lavaba la ropa hasta que mi mamá vino para acá para México y vivió con ellos [...] se fueron a vivir para la floresta Mauricio, Santiago y mi mamá. Y vivíamos bien aparentemente ¿verdad? hasta que mi hermano comenzó a divagar. (Erendira R.Y.)

Otro ejemplo de ello fue cuando la madre de Santiago falleció y Erendira adquirió de nuevo la responsabilidad, Mariano nos dice cómo:

> Mi mamá le llevaba de comer todos los días, [*Santiago*] vivía en Los Reyes y lo iba a ver para dejarle de comer [...]" (Mariano C. R.)

Al ser Joaquín, Mauricio y Santiago los casos más señalados como personas con trastorno de la salud mental en la familia concluimos que son percibidos como los casos más graves, en los que al menos uno de ellos fue médicamente diagnosticado según Erendira:

> "[*Joaquín*] Se fue para Tarimoro y allá estuvo viviendo con mi mamá, pero él ya estaba muy enfermo, lo llevaron una vez con el doctor y el doctor les dijo que tenía esquizofrenia o algo así." (Erendira R.Y.)

De manera que Joaquín junto a Mauricio y Santiago fueron a los que se les atendieron como enfermos psiquiátricos, pues Mariano menciona que su abuela Ana tomó la decisión de internar a sus hijos Santiago y Mauricio sin hablar de la razón, lo que nos muestra la gravedad con la que la familia consideró su locura:

> "Un poco eran así Santiago y Mauricio, ellos estuvieron el psiquiátrico de niños, no sé, mi abuelita los ingresó y ahí estuvieron un tiempo ellos dos y los dieron de alta, yo creo estaban chiquillos, yo creo de 15 años" (Mariano M. C. R.)

Por otro lado y ligado a los anteriores testimonios vemos que las mujeres son quienes toman las la libre decisión sobre los estatutos del futuro de la persona con trastorno mental, este poder de decisión es una de las características de las mujeres más arraigada, pues son las únicas en tomar estas decisiones. Situación que también podemos ver en los testimonios de Raquel en los que nos habla de cómo su abuela Ana medicaba a su hijo sin el conocimiento de él:

> "No, él nunca aceptó, por eso no se quería medicar, porque si lo llevó a atenderse la abuelita. Pero en ese tiempo no había tantos medicamentos, nada más eran como calmantes, por eso luego le echaba en la comida algo. [...]" (Raquel M. C. R.)

Otro ejemplo fue el momento en que Erendira internó a Mauricio en un psiquiátrico cuando vivía con ella:

> "No porque Mauricio se compuso, entre comillas, él luego se desnudaba y hacía cosas raras y mi mamá lo llevó, se llamaba la Castañeda, dice mi mamá que estuvo como un año ahí. Y reaccionó y ya lo sacaron, ya después se comportaba como él, pero trabajaba más. Él muere según cambiando un foco, y se desnuca. Pero no estaba tan mal, como Santiago no." (Raquel M. C. R.)

En el anterior testimonio vemos que Raquel hace énfasis en cómo Mauricio en el ámbito extra-doméstico que es el trabajo y de acuerdo a esta familia es propio de los hombres.

Y el intento de Erendira de internar a su hermano Santiago en contra de su voluntad:

> "No, no tuvieron ningún tratamiento que yo supiera, aparte de aquello de que mi abuela los metió al hospital. Mi mamá me platica que lo llegó a llevar al médico, a algún hospital, y él se ponía así muy.. pues yo creo que con ese antecedente de que lo habían dejado más chiquillo en el hospital él se ponía muy

> cuerdo para que que no lo dejaran ahí, y mi mamá les decía traigo aquí dejar a mi hermano que tiene estos síntomas, estas problemáticas, estas situaciones y ya le decían a ver, vamos a revisar' y él otro muy cuerdo, lo vemos muy bien, lléveselo, tráiganlo cuando tenga una crisis" (Mariano. C. R.)

Estos ejemplos dan evidencia el tipo de cuidado que las mujeres llevaban de sus enfermos, pero también de la responsabilidad y poder de designación sobre el destino de ellos; decisiones que los testimoniantes no datan de haber sido discutidas o evaluadas por varios integrantes de la familia y sin la consulta ni el consentimiento de las personas con trastorno de la salud mental; sino que fueron las determinaciones que sus cuidadoras creyeron adecuadas y fueron respetadas e incluso reproducidas por otras cuidadoras.

Es precisamente esta autoridad para determinar cómo será el cuidado correcto e indiscutible que se practicará, que muestra una ausencia del padre como máxima jerarquía, y vemos que la estructura no es en su totalidad patriarcal. Ya que Legarde dice que "ser hombres patriarcales requiere ser propietarios del mundo y, para cada hombre, de su fragmento de mundo, de sus mujeres, de sus redes de parentesco y familiares." (Legarde, 1997, p. 111) aseveración que no se cumple en estos casos.Pues las mujeres no sólo deciden cómo serán sus cuidados, sino que todas estas determinaciones las hacen las mujeres sobre los hombres, dándonos una estructura matrilineal y una dicotomía entre el género masculino y el género femenino.

Ahora bien, hasta ahora se han recuperado los casos que han tenido mayor impacto en la familia y por los que se han construido ideas firmes de lo que significa ser hombre y ser mujer en la familia C. R. Sin embargo, estos no son los únicos casos, al notar que los testimoniantes no mencionaron a Araceli como una más de los identificados personas con trastorno de la salud mental se hicieron entrevistas a las dos personas más cercanas a ella, su tía Lariza quien ha sido su mayor confidente, y su novia Yeraldine, quien en cinco años ha vivido la evolución de la locura de Araceli, ya que ella cuenta con múltiples diagnósticos psiquiátricos:

> Ella tiene ya cinco diagnósticos, en el último ya dice que tiene esquizofrenia. Ella me decía que tiene lo que tiene el de la película de Fragmentado y no es cierto, si te das cuenta lo de él es inconsciente y ella lo

hace consciente y depende de la situación. Yo ya finjo que le creo. (Yeraldine)

Araceli para la familia es representación de anormal por ser lesbiana y por tener una enfermedad mental como nos dice Lariza:

> O sea, ni siquiera era una niña a la que yo viera con tendencia homosexual, era una niña normal y pues sí tuvo sus novios y todo normal ya después cuando matan… conforme a todo lo que acumuló cuando fue creciendo, siento yo que fue teniendo odio, resentimiento hacia la vida, hacia su padre, y como que quiso… pues, empezarse a hacerse daño. (Lariza C. R.)

De acuerdo con Lariza, la anormalidad de Araceli tiene relación directa con el asesinato de la madre de Araceli, cuando ella era pequeña, este hecho en conjunto con el odio que generó hacia su padre la llevó a conductas destructivas, para Lariza estas conductas desembocaron el lesbianismo, ya que lo concibe como una forma de hacerse daño. Lariza posiciona a Araceli como un miembro que se fue volviendo anormal por las circunstancias de su contexto sin hacer mención de los antecedentes familiares lo que es bastante peculiar y que vuelve a Araceli un caso aislado, al parecer por ser mujer. Sin embargo aunque no se le ligue directamente si existen conductas y roles que Araceli juega dentro de su puesto en la familia, ya que en su rol de mujer masculinizada cumple con las características de hombre con su pareja, Yeraldine nos compartió dinámicas en las que ella se subordina bajo Araceli:

> "Sí, fuimos un día al súper; yo no sabía que robaba y su abuelita sabe, we, pero ve cómo es la gente. Andaba robando, ¿no? Entonces ese día yo no sabía, fue la primera vez que nos cacharon. Fuimos a la bodega de allá de la casa, le dije: 'vamos a comprar unas cosas', pero ella se perdió en el pasillo y dije ' Ay Araceli, das vueltas si ya llevamos una pinche lista' yo ese día llevaba traje y me dijo 'Ya sé, voy a ir por un desodorante' 'Sí yo ya voy a la caja y se fue, llevaba una bolsa grande entonces paso, yo iba ya a pagar y ella me pasó por atrás con su bolsa de mano y ya termino de pagar y se me quedaba viendo y me dice 'Ten, ayúdame con mi bolsa' y le dije 'pues cárgala yo voy a cargar las bolsas' y dice 'No, llévate mi bolsa' 'Oh que la chingada' entonces la cargo y está bien pesada, ¿no? No mames, we, a la entrada esta de la tienda y suena esa madre. Entonces no sé cómo yo reacciono que dije ¿por qué sueno, no? 'Bueno', dije, a veces suena, ¿no? y me regresé yo solita y me vuelvo a pasar y vuelvo a sonar,y entonces ella puso una cara así de: '¡No mames!' entonces yo la volteo a ver y no sé cómo pude leer su pinche mirada y le dije:
>
> 'Salte Araceli' y me dice
> -'No te puedo dejar'
> 'Si ya hiciste tus mamadas, salte, vete'
> -' No, no te voy a dejar', '
> ¡No mames, vete a la casa!'
>
> Todavía se pone pendeja. Yo le iba a decir a los polis, 'Bueno sí me lo robé, ¿cuánto chingados es? lo pago. ¡No! es un desmadre, me tuvieron que llevar presa, entonces ahí voy yo para adentro. (Yeraldine)

Este testimonio nos muestra cómo Yeraldine trata de proteger a Araceli, dejando que ella sea la que reciba las consecuencias de los actos de Araceli.

Vemos que la familia al estar inserta en una sociedad de tipo patriarcal en la que Araceli en en su vida de pareja juega como el miembro de mayor jerarquía. Es claro que Yeraldine nos está bajo el yugo de su pareja y a ella le queda obedecer dentro de esta lógica. Por otro lado encontramos también el sacrificio de Yeraldine que es propio del rol de las mujeres en una familia patriarcal, ya que como dice Muyor-Rodríguez es un referente normativo, que se relaciona con el amor maternal e incondicional, el autor recupera de Artiaga-Leiras (2015) que este referente "refleja cómo los afectos amorosos son centrales para explicar quién realiza los cuidados, justificando la entrega y el sacrificio personal." Vemos que Yeraldine juega este papel feminizado de cuidadora y protectora al sacrificarse por Araceli que juega un papel de hombre, al desempeñar comportamientos masculinizados, es ella en quien la relación se centra ya que tiene es la necesitada de cuidados, de este modo se convierte en el centro la vida pública y privada de su relación.

La documentación de este caso se vuelve fundamental para entender que el rol de género que divide y permite entender a esta familia en la que es propio de los hombres y de persona con trastorno mental las mujeres masculinizadas.

A manera de síntesis, género es una construcción medular de este análisis, ya que esta categoría define los comportamientos de hombre como , estéril y poco funcional en el espacio público, mientras que la mujer se ve como la poseedora de la calidez, del sexto sentido, así como juega un rol propio del cuidado. Esta categoría también marca los roles de poder y las repartición de virtudes.

6.4 Territorio

El territorio de acuerdo con el diccionario es un "circuito o término que comprende una jurisdicción, un cometido oficial u otra función análoga", de manera que entendemos que es una porción geográfica en la que se desarrolla una intención de acuerdo a la familia. Por tanto, es una extensión simbólica determinada, que delimita las fronteras en las que la familia ve a la persona con enfermedad mental como necesitado de cuidados, estos condicionados a permanecer dentro de los límites de dicho territorio. Prueba de ello es que Joaquín, Mauricio y Santiago fueron recibidos en el hogar de Erendira y de su madre Ana cuando la familia determinó que eran personas con trastorno de la salud mental. Esta territorialidad comenzó cuando los sujetos regresaron a México siendo la responsabilidad de las mujeres de cuidarlos.

Por otro lado, al hablar de que la persona con trastorno mental se vuelve territorio de las cuidadoras, Goffman (1971) conceptualiza este hecho como el territorio de posesión:

> Todo conjunto de objetos que se pueda identificar con el yo y organizar en torno al cuerpo donde quiera que se halle este. Los ejemplos centrales son los que se califican de "objetos personales": posesiones de las que es posible desprenderse con facilidad, como chaquetas, guantes sombreros, paquetes de cigarrillos, cerillas, bolsos y su contenido y paquetes.
> También se deben incluir las personas que están a cargo de un reivindicante, pues desde el punto de vista de la territorialidad, funcionan en cierto sentido como sus posesiones personales. (p. 56)

Esta cita es pertinente con los testimonios de Lariza, en los que vemos que las mujeres son tutelares de las personas con trastorno de la salud mental.

> El problema era que como vivían solos, la gente nada más le decía a mi mamá 'Oiga venga a ver a su hermano, está como loco gritando, está insultando, has de cuenta el *rotulista,* como si estuviera drogado. Entonces, como que nadie sabe bien exactamente, por eso siento que mis hermanos como que tratan de contestar, pero ellos desconocen muchas cosas. (*Lariza C. R.)*

Testimonios que se relacionan con los mostrados en el apartado de Género en los que en efecto las mujeres deciden si la persona con enfermedad mental debe someterse a medicación, si debe ser recluido en un hospital psiquiátrico, o si debe ser amarrado como narra Erendira:

> Un día yo lo lleve [*a Santiago*] a la Castañeda y pensé que lo iban a detener, pero me dijeron que no lo podían tener ahí porque no había lugar para él y ellos me dijeron que lo amarrara, les dije que no podía tenerlo amarrado. Él tenía momentos de lucidez no podía tenerlo amarrado. (Erendira Y. R)

Las personas con trastorno de la salud mental entonces son posesiones de las personas que los cuidan. En este caso los momentos de lucidez de Santiago son el único impedimento de Erendira para amarrarlo, demostrando una falta de humanidad en sus cuidados, y un propósito de hacer lo que ella crea necesario. Al hablar del amarramiento como una medida notamos que las personas con trastorno de la salud mental de la familia C. R. significan desorden con respecto al lugar en el que son cuidados, pues las personas con trastorno de la salud mental han representado diversos conflictos con su entorno como lo vimos con Mauricio:

> "Estuvo viviendo conmigo, pero luego se desnudaba, andaba desnudo, y yo empecé a tener problemas porque yo vivía con toda la familia de mi esposo." (Erendira R. Y.)

Mauricio al exponer su envoltorio según Goffman (1973):

> La piel que cubre el cuerpo y, un poco más allá, las ropas que cubren la piel. Desde luego, el envoltorio del cuerpo puede funcionar como el menor de todos los espacios personales posibles, la configuración mínima a ese respecto, pero también puede funcionar como una reserva por derecho propio, como el tipo más puro de territorialidad egocéntrica. (p. 55)

El envoltorio nos funciona en este análisis tomándolo como la reserva por derecho propio, como ese espacio único que sólo le pertenece a la persona con trastorno mental y el cual sí puede reclamar a pesar de estar en una relación de poder.

Vemos entonces que Mauricio se volvía un problema al desnudarse, pues Mauricio transgredía con su desnudez, mostraba su posesión a modo de violentar. En este caso es que Erendira toma la decisión de cambiarlo de territorio en un intento de poner orden y lo relega a un territorio en el que no es dueño de su libertad, el manicomio:

> Tenía como 30 años, o 35 años estaba joven y estuvo viviendo conmigo, pero empezó a hacer eso y para mí era un problema muy grande entonces fui a la policía, que me dijera qué podía hacer, si me podían ayudar porque no podía tenerlo ahí y me dijeron que lo metiera a la Castañeda. Y le dije que le estaban ofreciendo un trabajo y fue a ver el trabajo, según y ya no salió, se quedó ahí y estuvo ahí como un año.

> Yo lo iba a ver, le llevaba fruta, y estábamos bien te digo y lo dieron de alta como quien dice, y volvió a trabajar y vivió ahí en su casa todavía bastante tiempo, hasta que después de muchos años murió. (Erendira R. Y.)

Y en el caso de Santiago cuando Erendira le llevaba de comer, situación en la que su familiar mentalmente enfermo se encontraba dentro del territorio de sus cuidados:

> En un tiempo lo encontré como muerto y me lo traje para acá y les dije a mis hijos y fueron por él, creíamos que ya estaba muerto, estaba como muerto y creímos que aquí lo íbamos a tener, pero cuando volvía en sí me dijo que le abriera la puerta porque si no iba hacer un desorden que era mejor que le abriera la puerta porque se quería ir a su casa y pues lo deje ir. Él vivía solo después porque mi mamá se fue con mi papá a Tarimoro y Mauricio ya había muerto. Tenía unos 45 años, empezó hacer cosas raras, ahí donde vivía también no lo querían y los vecinos me dijeron que iban hacer algo si yo no hacía algo por mi hermano, me dijeron, yo pensé que iban a ir a la policía y pensé que ellos me ayudarían a curarlo porque yo no podía hacer nada por él, ya no me hacía caso" (Erendira R. Y.)

Estos testimonios nos dan mucha idea de lo que la persona señalada como mentalmente enferma significa, este se traduce en conflictos y desorden dentro de la familia o en su contexto inmediato, razones por las que los sujetos los cambian de territorio y/o los recluyen en un intento por restablecer el orden. Por otro lado vemos que mientras que la persona mentalmente enferma esté bajo la tutela de una mujer no tiene voz en la forma en que es cuidado, sin embargo sí pueden decidir permanecer en el territorio o no, pues el rechazo de Santiago a quedarse en casa de Erendira es un ejemplo de esto, así como también sucedió con Joaquín cuando su mamá lo cuidaba:

> *Joaquín*] Y mi hermano estuvo ahí y se fue; duró unos diez años viviendo con mis papás, pero un día mi mamá vendió una casita que tenía y le dio su parte, nos dio partes iguales a todos, eran como 6,000 pesos creo y Joaquín dijo - 'bueno pues ya me voy' y se fue. [...] (Erendira Y. R.)

Podríamos inferir que cuando la persona mentalmente enferma decide abandonar el territorio es cuando reclama su persona, o envoltorio de modo que el abandono del territorio significa para la familia una aseveración definitiva de dejar a la persona mentalmente enferma a su suerte, es en este momento en que se deja que la locura se cure con la muerte como lo vimos cómo terminaron Joaquín y Santiago:

> [...] Y jamás lo volvimos a ver, hasta que supimos que estaba muerto. Dieron las señas de mi hermano y mi mamá dijo - "Es Joaquín" porque mi hermano tenía una mancha alrededor de la cintura, como un cinturón de manchas blancas. Y dieron todas las señas de que había aparecido una persona con esas señas muerto, pero no fuimos a verlo, nadie fue. Mi mamá no sé porqué no fue. (Erendira R. Y.)

> Me habían dicho que él andaba vagando por ahí es, él no reconocía nadie dejaba la puerta abierta, hacía cosas raras, un día que él estaba enfermo en su crisis lo fueron a tirar por allá por donde colinda Distrito Federal con el estado y yo lo andaba buscando por acá, puse papeles en las esquinas, hice de todo y duró ocho días desaparecido, desaparece un fin de semana y apareció muerto ocho días después, creo. (Erendira R. Y.)

El patrón del fin de las personas con trastorno de la salud mental es siempre la muerte en solitario, fuera del territorio de las cuidadoras. Por lo que vemos que la emancipación de ese miembro de la familia puede durar incluso después de la muerte como fue en el caso de Joaquín, lo que quiere decir que el abandono de las personas con trastorno de la salud mental a las cuidadoras es una demostración de rechazo terminante de la relación, por lo que las cuidadoras rechazan también a la persona con trastorno mental aún después de muertos, ya en ninguno de los casos se habla de un ritual mortorio en honor a la vida de esa persona.

7. Conclusiones

> ¿Cómo se construyen las representaciones simbólicas de familia, estigma, locura, género y territorio en la familia C.R?

Para concluir, vemos que las representaciones sociales de la familia C.R. se han construido mediante su interaccionismo simbólico. La familia para los C.R. es un conjunto de miembros consanguíneos que comparten el mismo espacio físico como vivienda, estos se relacionan con trato afable entre ellos y evitan la confrontación, eludiendo los problemas y no hablando de estos. Los miembros de mayor edad son quienes ocupan el rango más alto en la jerarquía, estos miembros son a los que los menores imitan u obedecen. Las representaciones de estigma se ha creado gracias a la comunicación secreta entre los

miembros, dichas conversaciones han tenido como centro el matrimonio de Erendira R. y Ramón C. siendo primos, y los hermanos de Erendira quienes gracias a una serie de relatos de la madre de Erendira y Erendira se ha concluido que sufrían trastornos mentales por su conducta inexplicable. Estas afecciones la familia las ha localizado en su mayoría en hombres, por lo que las mujeres han desarrollado un sistema de protección y cuidado en torno a quienes consideran mentalmente enfermos. El estigma se presenta en los señalados como víctimas de agentes con una fuerza fuera del control del afectado, cada persona señalada cuenta con un símbolo que caracteriza la locura de esa persona, en el análisis vimos que algunos de los agentes fueron el deseo de vagar, el deseo de desnudarse, la luna, la inteligencia, el lesbianismo. El estigma en las mujeres se muestra con el atributo y se expresa como una extra sensorialidad que les permite percibir los dolores y las angustias de sus seres queridos, este rasgo también beneficia a las mujeres teniendo vasto conocimiento o inteligencia.

Teniendo en cuenta lo anterior las representaciones simbólicas del rol de género se construye de modo transversal, si el miembro es hombre, y este no muestra la capacidad de crear familia, no sólo en relación con una mujer sino como padre. Si el hombre tampoco muestra la capacidad de trabajar para mantener a su familia y no funge como proveedor, protector y sustento es un hombre que comienza a ser señalado con comportamiento anormal, este rol dictado por el machismo es el que la familia C.R. asume como prueba de salud mental. La mujer que haya detectado a un miembro con dichas características acoge al señalado sin hacer distinción de edad o parentesco. En esta situación el rol de la mujer es como cuidadora maternal y soporte del miembro además de su familia si esta tiene hijos y marido.

El territorio es sumamente importante en el desarrollo de la familia, las representaciones simbólicas del territorio se construyen mediante las delimitaciones de espacio. El lugar geográfico de la casa y los simbolismos de cuidado, afecto y pertenencia son el territorio de los C.R., este es un espacio simbólico y flexible, pues el territorio puede expandirse o reducirse con respecto al hogar de la familia, de manera

que el señalado puede recibir cuidados en su propia casa. El espacio se divide, este puede ser público para todos los miembros que viven en la casa como el patio o la sala; el espacio privado que representa una porción de la casa designada para cada miembro, y el espacio íntimo que es el cuerpo y la decisión sobre él. Cada división representa un territorio, el territorio de la familia, el territorio privado y el territorio íntimo del cuerpo. Cuando un hombre es acogido por una mujer pertenece al territorio público de la familia y también tiene un espacio privado, sin embargo no le pertenece el territorio íntimo de su cuerpo ni la decisión de este. Si el señalado como persona con trastorno mental decide reclamar su territorio íntimo, está decidiendo rechazar la territorialidad "Casa" con todos los simbolismos que esta significa, esta decisión es respetada por su cuidadora y el señalado se vuelve ajeno incluso después de morir, la cuidadora no busca o reclama el cuerpo del señalado y tampoco se le hace ritual mortorio ya que el patrón de las muertes de las personas con trastorno de la salud mental indica que estos mueren solos es un espacio en el que nadie se hace responsable de ellos.

Fuentes Consultadas

Azpurua, F. (Diciembre 2005) "La Escuela de Chicago. Sus aportes para la investigación en Ciencias Sociales" UPEL . Instituto Pedagógico de Caracas. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, Año 6, No 2. Diciembre 2005. pp 25 - 35 Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/410/41021705003.pdf

Covarrubias del Torre, M. G. en Mariana González (9 de octubre de 2018) "Esquizofrenia, la enfermedad mental más común entre los indigentes.", Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco. Disponible en: http://www.udg.mx/es/noticia/esquizofrenia-enfermedad-mental-mas-comun-entre-indigentes

Espinal, I., Gimeno, A. y González (2004) "El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia" Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y Centro Cultural Poveda, Distrito Nacional Santo Domingo Rep. Dominicana.

Fuentes, M., y Fernández, Eva. (Jul./Dic. 2016) *"*La esquizofrenia en el medio penitenciario". Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 36 No. 130 Madrid. Consultado el 17 de abril de 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000200007&lang=es

Goffman, Erving. (1963) "Etigma. La identidad deteriorada" Amorrortu editores. Buenos Aires-Madrid.

Goffman, Erving. (1971) "Relaciones en Público. Microestudio del orden público". Alianza Editorial. España

Gómez-Restrepo, C., Tamayo Martínez, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina Rico, M., Rengifo,H., Bautista, N. (Dec 2016) *Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*.Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 45 supl.1 Bogotá
Consultado el 16 de abril de 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500009&lang=es

González Pardo H. y Pérez Álvarez M. (2007) "La invención de los trastornos mentales ¿escuchando al farmaco o al paciente?" Alianza Editorial, Madrid.
Salas Soneira M. (2018) *Acerca de los diagnósticos categoriales: apuntes críticos para la actuación socioeducativa en salud mental.* Intersticios. Revista sociológica de Pensamiento Crítico. ISSN 1887 - 3898 Vol. 12 (1)

Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, and John Weakland. (1956) "Behavioral Science. TOWARD A THEORY OF SCHIZOPHRENIA". Veterans Administration Hospital. Palo Alto, California; and Stanford University. pp. 251-254

Guedes de Pinho, L., Pereira, A., Chaves, C. (28 de agosto de 2017.) "Influencia de las características sociodemográficas y clínicas de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia". Revista de la escuela de enfermería de la USP Vol. 51 São Paulo 2017 Epub. Consultado el 15 de abril de 2018. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100441&lang=es

Manuel Martínez-Montilla, J., Amador-Marín, B., Guerra-Martín, M. D. (2017 jul 1) "Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: una revisión en la literatura". Enfermería global. Vol. 16 No. 47 Murcia Consultado el 14 de abril de 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300576&lang=es

Marc, E. Picard, D. (1992) "La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación". Ediciones Paidos. Francia.

Muyor-Rodríguez. (2019) "El cuidado del familiar dependiente. Análisis de género en la política social española" Revista de Trabajo Social e Intervención Social No. 27 Enero-Junio, España. pp. 85 -105

Múzquiz Jiménez, Álvaro (Jul Dic 2016) "Las perturbaciones del objeto psiquiátrico y sus determinantes: el caso de la desaparición de la esquizofrenia" Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. No. 130 Madrid. Consultado el 15 de abril de 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000200013&lang=es

National Institute of Mental Health, La Esquizofrenia. National Institute of Mental Health. Publicación Núm. SP 15-3517. Traducida en el 2011. Modificada en el 2015. Consultado el 9 de abril de 2018. Disponible en https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf

Organización Mundial de la Salud (Abril, 2016) Esquizofrenia. Notas descriptivas. Centro de prensa. Sitio oficial de la Organización Mundial de l salud, consultado el 9 de abril de 2018. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/

Organización Mundial de la Salud (Abril, 2016) "Trastornos mentales" Notas descriptivas. Centro de prensa. Sitio oficial de la Organización Mundial de la salud, consultado el 12 de abril de 2018. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/

Pons. Xavier. (2010) La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica" eduPsykhé, vol. 9, No. 1. pp.23-41

Quitian, H.,. Ruíz-Gaviria, R. E., Gómez-Restrepo, C., Rondón, M. (2016) "Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, Estudio Nacional de Salud Mental 2015" Revista Colombiana de Psiquiatría 2016 45 (S1) 31-38 Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Rizo, Marta. (2011) El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Portal de la comunicación. incom.

Romo, Xóchitl. (2016) La familia: trayecto de una investigación psicoanalítica de la fundación psicoanalítica de Madrid 1987. Primera parte. La Perspectiva psicoanalítica. *Capítulo 1. La perspectiva psicoanalítica. La familia: proyecto de una investigación psicoanalítica de la fundación psicoanalítica Madrid 1987.* Universidad de Guadalajara. pp. 27-49. Consultado el 9 de septiembre de 2018. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301954249_La_familia_como_institucion_Cambios_y_permanencias

Ruíz Pérez, Sonia (1994) *"Método* genealógico" Repetición del boletín de la Sociedad Puertorriqueña de Genealogía Vol. VI, Núm. ½ San Juan, Puerto Rico, pp. 71-77 Consultado el 22 de abril de 2018. Disponible en: http://academic.uprm.edu/sruiz/genealogias/

Salas Soneira, M. (2018) "Acerca de los diagnósticos categoriales: apuntes críticos para una actuación socioeducativa en salud mental" Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico. ISSN 1887 - 3898 Vol. 12 (1)

Salas Soneira, M. (2017 Oct - Dec) "Usos de la locura: hacia el reconocimiento de nuevas lógicas interpretativas del sufrimiento humano". Salud Colect 13 (4) SciELO Consultado el 15 de marzo de 2018. Disponible en: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652017000400713&lng=es&tlng=es

Sanín Velásquez, Álvaro (1977) "Salud mental y enfermedad mental". Revista latinoamericana de Psicología. Vol. 9, núm. 2, 1977, PP. 337-339 fundación universitaria Konrad Lorenz Bogotá Colombia. Consultado el 14 de 2018. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80590219

Solano, M. I., Vasquez Cardozo, M. y S. (2014) "Familia, en la salud y en la enfermedad… mental" Revista colombiana de psiquiatría. El sevier doyma. 2014; 43 (4): 194 - 202. Consultado el 15 de abril de 2018. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635719004

Taylor, S. J. y Bogdan, R. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación", 1984, Ediciones Paidos.

Torres Cubeiro, M. (2012) "Imaginarios sociales de la enfermedad mental". Revista de investigaciones Políticas y Sociológicas. Universidad de Santiago de Compostela España. Vol. 11 Núm. 2. Consultado el 15 de abril de 2018. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38024616007

Cronograma

Actividad	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Objeto de estudio													
Búsqueda bibliográfica													
Creación de instrumento para entrevista													
Trabajo de campo													
Antecedentes y contexto													
Búsqueda bibliográfica para Edo del arte													
Redacción de capítulo 3													
Búsqueda bibliográfica Marco Teórico													
Redacción de capítulo 4													
Búsqueda de bibliografía. Metodología													
Redacción de capítulo													

5													
Identificación de categorías en entrevistas													
Matriz de categorías y cruce con entrevistas													
Redacción de capítulo 6													
Conclusiones													

Anexos

Para consulta del lector la trascripción de las entrevistas se encuentran en el siguiente enlace: https://docs.google.com/document/d/1h-fTp0zaZngQFpQtuxJjS0UkzcqncAyNOmYxT6uSI5Q/edit?usp=sharing esto con el objetivo de acortar el documento, para su impresión se incluirán.