

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA PSICOLOGÍA

Tesis previa a la obtención del Título de: Psicóloga

**TÍTULO: EL IMPACTO QUE EL PROCESO DE
INSTITUCIONALIZACIÓN PRODUCE EN EL YO DEL PACIENTE
CON ESQUIZOFRENIA**

AUTORA: SAIOA PÈREZ DE CIRIZA FRANCÉS

TUTOR: BECQUER REYES

QUITO JUNIO 2010

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, los análisis realizados, así como las conclusiones del presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de la autora

Quito, junio 2010

Firma

CI

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo está dedicado a todos aquellos pacientes del hospital psiquiátrico con quien tuve oportunidad de conversar o simplemente compartir momentos de silencio...

Para todas las personas internadas que a causa de un diagnóstico se ha callado su voz, se les ha “bajado el volumen”, o que aquello que dicen ha perdido importancia, esta pequeña investigación ha logrado devolver aunque sea momentáneamente esta voz, “subir el volumen” y re significar lo auténtico de sus opiniones.

Se ha intentado describir la realidad del hospital psiquiátrico, del internamiento desde quienes más la conocen, de sus actores principales, “los locos”.

Esta investigación cuestiona la efectividad del trabajo de las instituciones totales, del hospital psiquiátrico con los pacientes con esquizofrenia, y aunque no propone una solución social, a modo de denuncia puede dar pie a proyectos que pretendan mejorar la calidad de vida de estas personas tan olvidadas.

Quiero agradecer también a mis compañeros del aula y de “lucha”, a los profes comprometidos que nos han ayudado a seguir adelante con el sueño de que una sociedad más justa y equitativa es posible, y que han llenado estos años de carrera de momentos ricos e inolvidables.

A mi familia por todo el apoyo, por escucharme, animarme, confiar en mí y sentirse orgullosos de lo que la carrera, la universidad ha ido haciendo y reafirmando: de la psicología mi proyecto de vida.

Al Pablo Jiménez, por los espacios de tutoría, en la secretaría, en el pasillo, quien me ha felicitado por la iniciativa de este trabajo, de quien he aprendido mucho en poquito tiempo y que ha sido sobre todo una voz de aliento para continuar, un “lo estás haciendo muy bien, sigue adelante” que me ha permitido ir dejando paulatinamente los miedos e inseguridades y me han traído al momento de escribir esto, de sentir que aunque el trabajo nunca está acabado he logrado llegar a donde quería.

Al Becquer Reyes por su compromiso, dedicación y tiempo, por ayudarme a darle a éste trabajo una mejor y más clara estructura, por animarme a desaferrarme de la teoría e invitarme a hablar más desde mi experiencia, por repetirme que quien más sabe de esta investigación soy yo, por empujarme para ir despegando esa patita que quiere quedarse aún en la universidad.

INDICE

INTRODUCCIÓN:.....	6
CAPÍTULO I	16
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN:.....	20
1.2 LUGAR DEL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN.....	23
CAPÍTULO II	25
2.1 ESQUIZOFRENIA, CONCEPCIONES DESDE DIVERSOS ENFOQUES Y SUS RESPECTIVAS FORMAS DE TRATAMIENTO.....	26
2.2 PERSPECTIVA RELACIONAL SISTÉMICA:.....	27
2.2.1 EL TRATAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA RELACIONAL:.....	29
2.3 ENFOQUE COMUNICACIONAL.....	34
2.3.1 ENFOQUE DE LA ESCUELA DE PALO ALTO.	35
2.3.2 TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO:.....	35
2.3.3 LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA COMO GENERADORA DE ESQUIZOFRENIA:	38
2.4 LA CONSTRUCCIÓN DEL YO	46
2.4.1. PERSPECTIVA RELACIONAL SISTÉMICA DE LA CONSTRUCCIÓN DEL YO	48
2.4.2 INTERVENCIÓN DEL LENGUAJE EN LA CONSTRUCCIÓN DEL YO	50
2.5 LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SU RELACIÓN CON EL PACIENTE	56
2.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA E INFLUENCIAS EN EL INTERNO:	56
2.5.2.1 ETAPA DEL PRE-PACIENTE:	61
2.5.2.2 ETAPA DEL PACIENTE:.....	63
CAPÍTULO III	65
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	65
3.1. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS:.....	66
3.2. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN:.....	75
3.3 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	78
Conclusiones y Recomendaciones	86

INTRODUCCIÓN:

La presente investigación busca dar respuesta al siguiente cuestionamiento ¿Cuál es el impacto que el proceso de institucionalización produce en el yo del paciente con esquizofrenia? Y se parte de la siguiente hipótesis: el proceso de institucionalización dificulta la permanencia o reestructuración del yo del paciente con esquizofrenia.

La investigación fue realizada en el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón del mismo que se seleccionó una muestra de trece pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

El marco conceptual que se encuentra en el segundo capítulo, se divide en tres partes, en la primera se exponen diversas concepciones de la esquizofrenia, y es entendida en ésta investigación como una patología que tiene origen en relaciones disfuncionales, con las siguientes características: un conflicto irresoluble siempre presente entre los padres, un hijo triangulado por este conflicto, la no ruptura de la simbiosis madre – hijo, y una comunicación teñida siempre por mensajes contradictorios.

En la segunda parte se explica la construcción del yo a partir de una internalización de las relaciones y experiencias vividas por el sujeto dentro de un contexto específico, se expone la intervención e importancia del lenguaje en dicha construcción.

La tercera parte describe las características del contexto hospitalario, la falta de libertad, el control del tiempo y cuerpo del interno, la total ruptura que se produce a partir del internamiento con la vida anterior del paciente que le permitía una concepción de sí mismo y un mantenimiento de su yo, y se explica a continuación cómo dichas características dificultan la delimitación del yo del paciente con esquizofrenia. Se describe también el proceso de internamiento cómo se produce el ingreso y cómo el paciente intenta

adaptarse al ambiente hospitalario además del tipo de relación que el personal establece con los internos.

La presente investigación tiene un enfoque fenomenológico, su paradigma investigativo es horizontal, se vale de métodos cualitativos y su paradigma es de la misma naturaleza. El tipo de estudio es exploratorio, descriptivo: Su diseño es no experimental y se tienen en cuenta las siguientes dimensiones: comunicación institucional, percepción de paciente de la institución y tratamiento, análisis del ambiente hospitalario en función de la reconstrucción del yo.

Los resultados a partir de la realización de la entrevista aplicada a la muestra se reflejan la vida cotidiana del interno conforme a las características que marcan el ambiente hospitalario, la guía de observación nos permite confirmar que la comunicación dentro de la institución se distingue por la incongruencia y ambigüedad.

A partir de la investigación se concluye que las circunstancias que se dan en el proceso de institucionalización dificultan el reestablecimiento del yo del paciente con esquizofrenia, comprobándose así la hipótesis planteada.

En el capítulo primero de la presente investigación se plantea que toda persona que ingresa al hospital psiquiátrico tiene su yo desorganizado, en crisis, más aún si entra bajo el diagnóstico de esquizofrenia.

Se exponen las condiciones mínimas que son necesarias para el mantenimiento, organización o reestructuración del yo. Estas condiciones consisten básicamente en un mínimo de libertad, que permita al paciente reproducir en cierto grado su cotidianidad en el “afuera”, como referente importante de la identidad.

Más adelante se describen las instituciones totales, entendiéndose al hospital psiquiátrico como una de ellas, con el objetivo de evaluar si las características del mismo permiten o no la reorganización yoica.

Como principal característica de las instituciones totales encontramos la privación de la libertad generándose una ruptura total con la vida anterior del ahora paciente, lo que a su vez le despoja de su rol social.

Se realiza a continuación un pequeño resumen de la historia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, donde se realizó la presente investigación, la institución se funda en el año 1971 por iniciativa del arzobispo Pablo Muñoz Vega de crear un espacio que brindé mejor atención a los pacientes mentales y desde su inicio es regentada por las Hermanas Hospitalarias.

En un principio nace como organismo público por la firma de un convenio con el Ministerio de Salud Público como sala adjunta del Hospital Psiquiátrico San Lázaro, actualmente es una institución privada que se sostiene gracias al aporte económico de la Comunidad de las Hermanas Hospitalarias.

El hospital tiene un número que oscila entre los 180 pacientes entre hombres y mujeres. En el presente un 30% de los internos están diagnosticados de esquizofrenia, un 20% de bipolares, 20% de demencias, y el 30% restante de epilepsia y otros diagnósticos.

La justificación y relevancia de la presente investigación versa en la importancia de darles voz a los pacientes psiquiátricos ya que debido a los diagnósticos su opinión muy a menudo ha sido deslegitimada, a partir de esta investigación se conoce también a la institución no desde un juicio externo sino desde quien más la conocen, es decir, los internos. También esta investigación a modo de denuncia social puede ayudar a próximas

investigaciones o proyectos que pretendan mejorar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos.

El objetivo general de la investigación es el conocer y valorar los efectos que la institucionalización produce en el yo que del paciente con esquizofrenia a través del análisis de las distintas formas de relación y comunicación que se establecen dentro del hospital psiquiátrico. Los objetivos específicos son los siguientes:

Describir el tipo de comunicación en las relaciones que se producen dentro de la institución.

Analizar si el ambiente hospitalario facilita o dificulta la reconstrucción del yo de los pacientes con esquizofrenia.

Conocer cuál es la percepción que el paciente tiene de la institución y del tratamiento.

El segundo capítulo habla en primer lugar del concepto de la esquizofrenia y su tratamiento, desde diversos autores pertenecientes a la teoría sistémica: La esquizofrenia es originada por relaciones familiares primarias con conflictos específicos, por un lado está la teoría de la impasse o divorcio emocional, en que el hijo se encuentra situado entre los problemas de los padres, es decir, se encuentra triangulado, el hijo actúa siempre en función de dar solución a dichos problemas sin llegar a conseguirlo nunca. El vivir en el conflicto y la frustración de no poder dar solución al mismo lo perturba emocionalmente dando origen a la sintomatología esquizofrénica.

Como origen de la esquizofrenia desde varias teorías encontramos la no ruptura o resolución de la simbiosis madre-hijo, ésta consiste en la que madre e hijo funcionan como uno solo, sin la posibilidad de que el hijo se conciba como externo a la madre y delimite su yo. La simbiosis es un proceso normal en la primera infancia del niño pero esta debe resolverse para un desarrollo normal del individuo.

Como otra de las características que encontramos en una familia generadora de esquizofrenia está que las relaciones conflictivas siempre presentes no dan lugar a que cada miembro pueda delimitar su propio yo, esto se origina como se expuso anteriormente en la no ruptura de la simbiosis madre-hijo.

Dentro del conflicto en la familia esquizofrénica la comunicación juega un rol muy importante, en la relación madre-hijo se produce una comunicación doble vincular en la que la madre emite regularmente dos mensajes al mismo tiempo, uno de los cuales siempre niega al otro, haciendo que el hijo nunca de una respuesta adecuada y manteniéndolo en la constante confusión.

La comunicación en la teoría sistémica se divide en digital y analógica, la primera hace referencia al mensaje manifiesto “verbal” y la segunda al mensaje latente reflejado en gestos, movimientos, es decir la comunicación no verbal, en la comunicación doble vincular ocurre que ambas se encuentran en conflicto, se contradicen.

Como principal objetivo del tratamiento psicológico es el lograr develar el mito, o explicación propia que la familia tiene de sus problemas, el mismo que mantiene su modo de relación disfuncional, al sacar a la luz el problema mismo se pretende mejorar la comunicación y con esto dar lugar a la delimitación del yo de los miembros.

Construcción del yo: El yo es una estructura que da cuenta de la percepción del sí mismo y del entorno y que se expresa en la forma de actuar o conducta, el yo se va construyendo en las relaciones primarias, a partir de una internalización subjetivada de las mismas, el yo es una estructura dinámica no acabada ya que se va modificando a partir de nuevas relaciones y experiencias, sin embargo, las primeras relaciones serán un marco de referencia para la persona por lo que las características de las mismas tienden a reproducirse en relaciones posteriores.

El yo a pesar de ser una instancia individual solo se evidencia o se hace palpable en lo social por lo mismo desde la teoría sistémica deberá ser tratado terapéuticamente también en este sentido, es decir con la familia nuclear.

Como se había mencionado el yo se construye relacionamente, es innegable por tanto la importancia del lenguaje en su construcción. Volviendo al terreno de la esquizofrenia el sujeto que la tiene intenta no comunicar, lo que se relaciona con los mensajes doble vinculares emitidos por la madre como se explicó arriba, pero conforme al axioma “la imposibilidad de no comunicar” de la Escuela de Palo Alto en este intento también se está comunicando. Se exponen a continuación otros axiomas que permiten entender los problemas comunicacionales y por tanto generación y mantenimiento de patologías.

La institución psiquiátrica y su relación con el paciente: en este subcapítulo se describen las características de la realidad hospitalaria con el objetivo de comprobar si se cumple el objetivo o fin de la misma, es decir, en el caso concreto de la esquizofrenia brindar un espacio y tratamiento que permitan la reorganización y fortalecimiento del yo.

El sujeto bajo el diagnóstico de esquizofrenia ingresa al hospital con el yo en mayor o menor medida desorganizado, y existen una serie de condiciones para que este se reestablezca como el disponer de un espacio íntimo o privado, unos objetos que le pertenezcan, control sobre su cuerpo, posibilidad de organizar su tiempo y actividades, una creación y permanencia de vínculos sociales en los que pueda reflejarse, el respeto, validación y reconocimiento de los otros.

El contexto del hospital se caracteriza por ser un espacio en que se priva de libertad al interno, en el que se controla el tiempo, actividades, relaciones, y cuerpo de este yo, se genera dentro un mundo totalmente distinto al de fuera, creándose una ruptura total con el medio social y actividades normales que la

persona tenía fuera y que le permitían una concepción de sí, mantenimiento del yo.

Se expone a continuación el proceso de internamiento desde la visión de Goffman, la persona que ingresa a un hospital psiquiátrico en la gran mayoría de los casos lo hace en contra de su voluntad debido a que ha causado transgresiones en algún aspecto de su vida social, relacional. Goffman describe el internamiento como un proceso de expropiación de relaciones y derechos.

Una vez que ingresa el sujeto recrea una historia de su vida modificando o maquillando ciertos elementos como en un intento de mantener su impunidad u honor, a esto se le denomina la tendencia al autorespeto. El personal del hospital tiende siempre a descalificar dichas historias con el propósito de mantener sobre los internos el poder y que cooperen con sus diversas tareas.

Con respecto a la metodología que se uso en la investigación, el enfoque es fenomenológico, se comprenden hechos sociales a partir de la perspectiva del sujeto y la realidad se entiende en este mismo sentido, el paradigma investigativo es horizontal, sujeto investigador – sujeto investigado.

Los métodos usados son cualitativos, ya que no se buscan verdades absolutas sino que se trabaja con interpretaciones, subjetividades, el paradigma es cualitativo también. Es un tipo de estudio exploratorio, pretende acercarse por primera vez a un fenómeno, la subjetividad del paciente psiquiátrico, es a su vez descriptivo ya que no hace comparaciones ni explicaciones causales sino describe la realidad interpretada por el sujeto. Su diseño es no experimental y no se manipulan variables, sin embargo, tiene en cuenta las siguientes dimensiones:

Comunicación institucional digital-analógica, y la congruencia entre ambas.

La percepción que el paciente tiene de la institución y del tratamiento.

El ambiente en la medida en que facilita o dificulta la reconstrucción del yo.

Se usan dos instrumentos una guía de entrevista aplicada a los pacientes y una guía de observación para el investigador. La muestra está compuesta por trece pacientes diagnosticados con esquizofrenia, de ellos cinco mujeres y ocho hombres de distintas edades y con distintos tiempos de internamiento en la institución.

En capítulo tercero se trabajan los resultados a partir de la aplicación de los instrumentos, con respecto a la entrevista aplicada a los internos se obtuvo los siguientes resultados: La mitad de ellos ingresó en contra de su voluntad y fueron llevados por familiares, todos conocen a su médico tratante pero afirman que el tiempo otorgado en cada visita es de cinco minutos y que este es insuficiente, la mitad de ellos no conoce su diagnóstico, la gran mayoría no sabe cuanto tiempo más permanecerá en el hospital.

Prácticamente la mitad de la muestra afirma ser atendido por el personal cuando tienen una necesidad aunque no se le da pronta solución a su requerimiento, casi todos afirman que se les permita tener amistades y estas se encuentran entre los otros internos, la mitad dice ser bien tratado por el personal, un tercio considera que no se les habla con claridad, otro tercio no conoce las reglas del hospital.

La totalidad de la muestra conoce los horarios dispuestos por el hospital y asevera que el mismo se cumple a cabalidad, todos afirman tener tiempo libre, el mismo que está estipulado en el horario establecido, aproximadamente la mitad de ellos se siente obligado a participar de actividades que no son de su interés. Casi todos afirman ser visitados frecuentemente por familiares y más de la mitad contestó que pueden realizar llamadas telefónicas previa autorización del médico, o teniendo monedas para usar el público.

Solo un tercio de internos llega a sentir privacidad, el resto comparte su habitación con cuatro o cinco personas y son interrumpidos en las horas de

sueño. Todos los internos afirmaron disponer de útiles de aseo personales pero muchos comentaron que estos les son arrebatados.

Con la aplicación del siguiente instrumento se observó en general lo siguiente: el personal del hospital (incluidos médicos, enfermeras, auxiliares, y administrativos) no mantienen una comunicación clara con el paciente, el tiempo dedicado para cada interno es insuficiente, y es descalificado regularmente existiendo en este ítem pequeñas diferencias con respecto a cada uno de los actores. La familia también se comunica de forma incongruente, mientras digital mente intentan dar al paciente mensajes de aliento, analógicamente no abandonan su cara de lástima.

El hospital cuenta con una agradable infraestructura, sin embargo el espacio es carente de objetos, reina el silencio y cada unos de los actores que en el se encuentran están centrados en el rol que deben cumplir.

En el mismo capítulo se analizan a la luz de la teoría los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos de investigación, se concluye que la falta de un espacio íntimo, de la posibilidad de una posesión privada, un tiempo completamente administrado, dificulta por no decir imposibilita el mantenimiento y reestructuración del yo.

La triangulación del sujeto se mantiene, ahora interviene por un lado la institución y por el otro la familia, se puede hablar igualmente de una simbiosis entre la institución y el paciente, formándose una *masa yoica* por la dificultad de establecer límites. El tipo de comunicación en el ambiente hospitalario es ambigua e incongruente por lo que se reproduce lo doble vincular existente previamente en la familia del ahora paciente. A partir de lo anterior se confirma la hipótesis planteada, el proceso de institucionalización dificulta la permanencia y reestablecimiento del yo del paciente con esquizofrenia.

Las recomendaciones de esta investigación tienen por objeto que el proceso de institucionalización de la persona con esquizofrenia influya positivamente en la redefinición de los límites de su yo y procurar un mejor estilo de vida al paciente.

CAPÍTULO I

Acercamiento al contexto hospitalario, cotidianidad del paciente en la institución

“Me quieren confundir, me quieren confundir, no todos, no todos,...algunos”

El problema específico a investigar se inscribe en el impacto que el proceso de institucionalización tiene en el sujeto, y más específicamente en las consecuencias negativas que este provoca en el yo del paciente con esquizofrenia.

Teniendo en cuenta que la población de esta investigación es el esquizofrénico institucionalizado, es necesario tomar en cuenta que el sujeto ya ingresa al hospital psiquiátrico con un yo en mayor o menor medida desorganizado, es importante observar lo que sucede con ese yo, a través de sus expresiones fenoménicas, es decir, su identidad, su concepción del *sí mismo* dentro de la institución.

Para que el sujeto pueda mantener su yo íntegro, existen una suma de condiciones como el disponer de un espacio privado o íntimo, unos objetos que le pertenezcan, un control sobre su cuerpo, un poder organizar su tiempo y sus actividades, una selección libre de sus relaciones interpersonales y permanencia de sus vínculos, en definitiva un mínimo de libertad.

Las condiciones expuestas como mínimos requisitos para el mantenimiento o reorganización de la identidad o yo no se cumplen, como se mostrará en este trabajo, dentro de la institución psiquiátrica. “[Los hospital psiquiátricos] En

nuestra sociedad, son los internados donde se transforma a las personas; cada una es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo”¹

El hospital psiquiátrico forma parte del grupo de instituciones que el sociólogo Erving Goffman clasifica como “instituciones totales”, a las que define como un espacio en cuyo interior se forma un mundo que es completamente extraño al de afuera, un mundo en el que el interno es por tanto despojado del rol social, lo que se acompaña de la desintegración del yo.

La característica principal de las instituciones, según la definición de Goffman justamente consiste en la privación de libertad, con todo lo que esta incluye, hecho que se muestra con claridad dentro de las instituciones totales, y en este caso en particular en la institución psiquiátrica, que impide la permanencia o reorganización del yo del paciente.

Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio. La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas [...]

El ingreso a una institución psiquiátrica implica necesariamente una ruptura con el mundo exterior, con su ambiente social normal, que es el principal referente de la identidad personal. “El futuro interno llega al establecimiento

¹ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág 25.

con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible. Apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que éstas le brindan”²

Describiré cómo el espacio, objetos, tiempo, actividad, control sobre el cuerpo, se distribuyen dentro de la institución psiquiátrica, así como las consecuencias directas que este manejo tiene sobre la identidad del interno.

Todos los espacios dentro del hospital son comunes, compartidos, abiertos, no existe ningún tipo de privacidad, son también espacios principalmente carentes de objetos, vacíos, y los objetos existentes son colectivos también.

Los cuartos son comunes y las camas, a pesar de ser lo único que puede reconocerse como propio, son todas iguales y se encuentran dispuestas en largas hileras, lo que no permite tampoco un espacio íntimo ni una individuación, autoidentificación; además las mantas, sábanas, toallas de baño, la ropa, etc. es común.

La falta de un espacio y una propiedad o posesión privada dificultan, por no decir imposibilitan, la organización del yo y el mantenimiento de la identidad personal, pues para ello es necesario un espacio mínimo vital, en palabras de Moffatt la “burbuja-personal”.

[...] nuestra identidad está proyectada en los objetos que poseemos, hasta qué punto somos también lo que poseemos, cómo necesitamos proyectar partes del yo en los objetos que nos rodean y sobre los cuales ejercemos ese ancestral “ejercicio de la propiedad”.³

² GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág26-27.

³ MOFFATT Alfredo, *Psicoterapia del Oprimido*, editorial ECRO, Buenos Aires, 1974.pág.29.

En la institución el tiempo y las actividades están dispuestas en un horario fijado por el personal del hospital, el horario está programado de la noche a la mañana, por lo que el interno dispone de muy poco tiempo personal y ese tiempo también es vigilado. “Toda acción que se emprenda sobre la base de esas características tiene necesariamente que ignorar, en su mayor parte, los fundamentos anteriores de la autoidentificación”⁴

El control sobre el cuerpo del interno comienza apenas se produce el ingreso en la institución. El interno en un número considerable de ocasiones, no cuenta con los útiles de aseo personal que acostumbraba a usar, y esto puede provocar alteraciones en su aspecto, es decir, puede sufrir una desfiguración personal en su aspecto físico o imagen. Con todo esto los cuerpos se vuelven tan semejantes entre sí que se pierde la posibilidad de diferenciación, debilitando aún más la identidad, ya que además de no haber ni espacios, ni objetos que le pertenezcan al interno, se le niega la posibilidad de un cuerpo como expresión del yo.

Dentro del control del cuerpo que se ejerce sobre el paciente en la institución encontramos hechos que van más allá de la apariencia física, entre los que se encuentran el tratamiento medicamentoso y también la terapia de shock o TEC. Ambos tratamientos pueden producir alteraciones en las funciones físicas y en el yo, autopercepción del paciente. “[...] el cuerpo, lugar de nuestro self, nuestro primer instrumento y herramienta para modificar el mundo”⁵, el cuerpo viene a ser la expresión de nuestro yo, mientras este se vea controlado aquello que pueda comunicar no reflejará necesariamente la subjetividad.

Tanto el proceso de formación de la identidad como el mantenimiento de la misma guarda estrecha relación con el ambiente que rodea al sujeto, por

⁴ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág 29.

⁵ MOFFATT Alfredo, *Psicoterapia del Oprimido*, editorial ECRO, Buenos Aires, 1974.pág.22.

tanto un cambio en el ambiente da como resultado un cambio en la identidad, percepción de sí mismo. “Cualquiera sea la estabilidad de la organización personal del recién internado, ella formaba parte de un marco de referencia más amplio, ubicado en su entorno civil: un ciclo de experiencia que confirmaba una concepción tolerable del yo [...]”⁶

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

La presente investigación se realizó en el Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios, institución privada y sin fines de lucro que está dirigida por la comunidad de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, con una historia centenaria en el mundo y 35 años de servicio en el país en atención de salud mental.

El instituto Sagrado Corazón de Jesús oferta los siguientes los siguientes servicios en salud mental:

“Patologías mentales en crisis:

Trastornos psicóticos agudos y crónicos, esquizofrenias y trastornos delirantes.

Trastornos afectivos: depresión y manías.

Trastornos obsesivos compulsivos.

Trastornos de consumo de sustancias, alcoholismo y drogodependencia.

Trastornos de ansiedad.

Trastornos de personalidad en crisis.

Trastornos de conducta alimentaria como anorexia y bulimia.

⁶ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág 26.

Trastornos de control de impulsos como agresividad, descontrol conductual, juego patológico.

Trastornos del comportamiento sexual.

Atención:

Internamiento

Diurna y nocturna.

Supervisión en toma de medicamentos.

Psicoterapia intensiva.

Terapia ocupacional.

Laborterapia.

Psicorehabilitación.

Unidad Integral en tratamiento de alcoholismo.”

La labor del instituto está destinada a la prevención, tratamiento y rehabilitación, se atribuye a sí misma los siguientes valores “Hospitalidad, compromiso, responsabilidad, respeto, cooperación, escucha, paciencia, sencillez, caridad y ciencia se complementan”⁷

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús se creó en 1971, la iniciativa de crear el mismo fue del arzobispo Pablo Muñoz Vega, quien creó la fundación de su mismo nombre, con el objetivo de dar una mejor atención a los pacientes psiquiátricos, crear un instituto psiquiátrico y no un hospicio más. En el espacio físico donde se encuentra el instituto funcionaba en ese entonces el Seminario Menor, pero debido a la falta de seminaristas el espacio era subutilizado, mientras que en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro, único lugar que daba atención en salud mental, había hacinamiento.

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús nace en un primer momento como una sala adjunta del Hospital San Lázaro, por la firma de un convenio con el Ministerio de Salud Pública, el mismo que se deshace años más tarde por que el presupuesto otorgado por parte de ministerio era

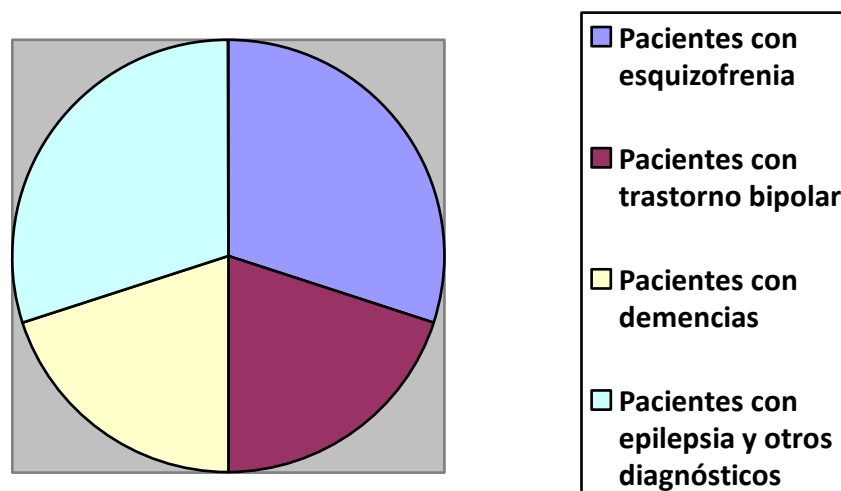
⁷ Información obtenida de letreros informativos en la recepción, Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. Quito 2009.

insuficiente para dar tratamiento al número de pacientes remitidos a esta sala.

El arzobispo Muñoz Vega encarga la administración a las Hermanas Hospitalarias que responden a la visión del padre Benito Menni, con amplia trayectoria en Europa en el tratamiento de enfermos mentales y que creó comunidades de mujeres entre ellas las mencionadas Hermanas Hospitalarias que se dedicarían a esta labor, y que son hasta ahora quienes administran y sostienen económicamente el instituto.

El Instituto en un inicio estaba solo destinado para la atención de mujeres, en el año de su fundación empezó con 120 pacientes, y en la actualidad el número de pacientes oscila los 180 entre hombre y mujeres. En el presente un 30% de los internos están diagnosticados de esquizofrenia, un 20% de bipolares, 20% de demencias, y el 30% restante de epilepsia y otros diagnósticos.

Estadísticas de acuerdo al diagnóstico Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón



1.2 LUGAR DEL PACIENTE EN LA INSTITUCIÓN

Para saber cómo está el paciente y cómo ha influido en él la institucionalización, no bastan ni los prejuicios, ni las interpretaciones de lo observado dentro del hospital, es necesario preguntarle directamente al actor principal, el paciente. Esto permite, desde mi perspectiva, que quien ha sido objeto de la investigación se convierta también en sujeto de la misma, que su rol pase de ser pasivo (“paciente”) a ser activo. “(...) a diferencia de algunos pacientes, cuando llegué al hospital no me inspiraba gran respeto la disciplina psiquiátrica ni las instituciones que se limitan a su práctica consuetudinaria.”⁸

Para darle el espacio, o la voz al paciente, uno de los instrumentos que se utiliza en ésta investigación es una entrevista que se ha realizado a los pacientes que están internos. Este instrumento permite ver el contexto hospitalario teniendo en cuenta la visión desde “adentro”, es decir, se toma en cuenta la subjetividad del paciente frente a la realidad que vive.

Tradicionalmente los investigadores pertenecemos al afuera y podemos tener visiones prejuiciadas, tanto positivas como negativas, de la institucionalización y sobre las consecuencias que dicha institucionalización puede producir en el paciente, pero pongo énfasis en que estas visiones responden a prejuicios; por tanto, no corresponden necesariamente a la realidad del paciente.

La visión que del mundo tiene un grupo tiende a sostener a sus miembros, y presuntamente les proporciona una definición de su propia situación que los autojustifica, y [pero] una visión prejuiciada de los que no pertenecen al

⁸ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág.10

grupo (en este caso, los médicos, enfermeros, asistentes del hospital y familiares)... Para describir la situación del paciente con fidelidad es imprescindible presentarla en una perspectiva parcial. (Personalmente me siento, en cierta medida, eximido de esta parcialidad por un criterio de equilibrio: casi todos los trabajos profesionales sobre los enfermos mentales han sido escritos desde el punto de vista del psiquiatra que, hablando en términos sociales, está ubicado respecto a mi perspectiva en el bando opuesto.)⁹

La cita anterior refleja que es de vital importancia darle voz al paciente acerca de su situación de internamiento, ya que como se afirma en la gran mayoría de investigaciones en este campo, el sujeto que habla es el de afuera o no internado que puede participar en ciertas partes del proceso de internamiento, pero que sigue siendo un actor externo y que poseerá sin duda una visión distinta, distorsionada porque no pertenece y por tanto no puede compartir las vivencias.

La relevancia de esta investigación consiste justamente en cuestionar los juicios existentes sobre la institucionalización que se dan desde la mirada del afuera y que a menudo son tomados como criterios de verdad, en llenar un vacío respecto de la investigación o prácticas psicológicas en este campo teniendo en cuenta a todos los actores y elementos que participan del proceso, modificando así los parámetros convencionales.

Este enfoque que tiene en cuenta la visión del paciente acerca de la institución y las condiciones de la misma, puede arrojar luz en el sentido de si el internamiento con sus características actuales resulta efectivo para el paciente o no.

El rescate de la visión del paciente puede ayudar para nuevas investigaciones y proyectos ya que permite cuestionar la institución y sobre todo proponer

⁹ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág.10

modificaciones para que ésta realmente coadyuve a la recuperación de los internos en general y a la reorganización del yo en los pacientes con esquizofrenia.

CAPÍTULO II

La problemática de la esquizofrenia. Lo que sucede con el interno bajo este diagnóstico dentro de la institución

“Hay un pequeño problema intrafamiliar ahí, nos disgustamos, nos disgustamos”

A lo largo del presente capítulo se pretende explicar que es la esquizofrénica desde diversos autores de la teoría relacional sistémica que entiende el origen de la enfermedad en los conflictos dentro de la familia nuclear.

Al ser entendida la patología relacionalmente la comunicación entre los miembros de la familia juega un rol importante, se explica su influencia y el tipo de comunicación que por lo general está presente en la familia generadora de esquizofrénica, ésta es una comunicación no clara o incongruente, los mensajes emitidos suelen ser a menudo contradictorios.

Se explica como el yo se va construyendo también a partir de las relaciones y experiencias vividas por el sujeto, las características de estas relaciones influirán directamente en la salud o enfermedad de este yo.

Se describe la institución hospitalaria cómo el contexto en donde la investigación ha sido llevada a cabo, por último se expone como se da el proceso de internamiento y como afecta el mismo al paciente.

2.1 ESQUIZOFRENIA, CONCEPCIONES DESDE DIVERSOS ENFOQUES Y SUS RESPECTIVAS FORMAS DE TRATAMIENTO.

En el presente subcapítulo se pretende esbozar desde diversos enfoques la concepción de la esquizofrenia, su origen o etiología, así como el modelo de tratamiento psicológico que se le da a la misma.

En primer lugar hay que referirse o mencionar el proceso de triangulación, este hace referencia a que dentro de la pareja (padre-madre) existe un conflicto emocional no resuelto, técnicamente denominado impasse o divorcio emocional, dicho conflicto de los padres es proyectado en el hijo quien se encuentra “triangulado”, es decir en el medio del problema conyugal, por lo cual el hijo o paciente designado se encuentra emocionalmente perturbado y es a raíz de esto que emerge la sintomatología esquizofrénica.

Dicho conflicto, que se ha convertido en una situación irresoluble entre los padres y del que ha venido luego a participar el hijo, hace de la familia un entramado, una masa donde el yo de cada miembro se encuentra difuminado. El trabajo terapéutico que se realiza con estas familias tiene por objeto entre otras cosas el lograr la delimitación del yo individual.

En el caso concreto de la perspectiva relacional, se busca a través de esta investigación observar si las características relacionales generadoras de la patología se reproducen dentro de la institución psiquiátrica, fomentando así el mantenimiento o incluso empeoramiento de la enfermedad del paciente; o si, por el contrario, dentro del hospital se mantienen relaciones que permiten des-triangular al sujeto, fomentando de esta forma que el sujeto pueda ir definiendo los límites de su yo y por tanto tener un buen funcionamiento dentro de la sociedad.

El enfoque relacional entiende la esquizofrenia como un trastorno de tipo emocional, que se origina en los vínculos o relaciones familiares primarias. Desde la perspectiva de Murray Bowen y Mara Selvini, dichas relaciones conllevan unos patrones de interacción muy específicos, como se expondrá adelante.

2.2 PERSPECTIVA RELACIONAL SISTÉMICA:

Mara Selvini expone que desde el enfoque sistémico las diversas patologías se explican a través de una perspectiva relacional, entendiendo las relaciones familiares (y luego sociales) como un juego, en el sentido de las interacciones que se producen entre los miembros de la familia dentro de un contexto.

En el juego las interacciones se dan en una alternación de los turnos y la movida o estrategia de cada jugador no es unidireccional, sino que afecta al resto de jugadores, es decir, al conjunto, la familia.

La patología desde este enfoque se produce cuando las reglas o características de las interacciones están afectando negativamente a uno de los miembros de la familia y el síntoma viene a ser la denuncia de que algo no está funcionando bien.

Si el juego es un modo de representar una organización interactiva que evoluciona con el tiempo, *no jugar es imposible*. Todo grupo con historia y por consiguiente también la familia, no puede no organizar su propia interacción. Dependerá en gran parte de la modalidad de esa organización interactiva y de su evolución (ambas ampliamente independientes de la determinación consciente de los individuos) que cada miembro se sienta lo bastante cómodo. O, en cambio, que alguno de ellos, en un momento dado,

revele por medio de un síntoma el hecho de haber sentido una contrariedad relacional insostenible.¹⁰

En el caso concreto de la esquizofrenia, patología que concierne a esta investigación, se habla en un primer momento del impasse en la pareja conyugal del paciente señalado. El impasse es un término con el que se designa un tipo concreto de relación, la que se caracteriza por afrontar eternamente una situación sin salida.

Su relación no conoce ni verdaderas crisis, ni escenas catárticas, ni separaciones liberadoras. Uno de ellos exhibe cada tanto una serie espectacular de movidas de ataque, de provocaciones y de triunfos aparentes: parece estar siempre a punto de llevarse la mejor parte, pero el otro, sin perder la calma invariablemente realiza una movida que equilibra el puntaje.¹¹

En la pareja en que se produce la impasse cada uno de los miembros desarrolla un rol distinto, el primer jugador es el provocador activo y el segundo el pasivo, cada movida de un jugador provoca una contramovida por parte del otro, manteniéndose así constantemente en un “tira y afloja”.

El paciente designado, es decir el hijo de esta pareja, es quien está más comprometido con los conflictos de los padres, y se alía con el padre más débil aunque no abiertamente; cuando el hijo ve que este padre no reacciona frente a su apoyo cambiando sus movidas en el juego y terminando con el conflicto, el hijo actúa mostrando explícitamente su complicidad.

Al mostrar el hijo hacia qué lado del conflicto inclina su balanza, busca por un lado castigar al padre fuerte y por otro mostrar al débil el cómo debería

¹⁰ SELVINI, Mara, CIRILLO, Stefano, SELVINI, Mateo, SORRENTINO, Ana Maria, *Los juegos psicóticos en la familia*, Paidós, Barcelona-España, 1990. p. 172.

¹¹ SELVINI, Mara, CIRILLO, Stefano, SELVINI, Mateo, SORRENTINO, Ana Maria, *Los juegos psicóticos en la familia*, Paidós, Barcelona-España, 1990. p.174.

actuar desde su punto de vista. El problema se da entonces cuando ninguno de sus objetivos se cumple.

El padre vencedor insiste, imperturbable, en sus provocaciones y el otro, en lugar de unirse a la rebelión del hijo, no desmiente su rol de “aguantador”. En especial, el perdedor asiste sin chistar a las retorsiones del cónyuge contra la sublevación del hijo: más aun, viraje extremo, toma partida por el vencedor en contra del muchacho, desaprobándolo y hasta castigándolo, pasándose así a las filas de a quien el hijo, ingenuamente, consideraba el “enemigo” común.¹²

Es entonces cuando el hijo se encuentra sólo y traicionado por quien había considerado su cómplice y se llena de una mezcla de sentimientos, la tristeza por haber sido engañado, la impotencia y rabia de no haber podido cambiar la situación, convirtiéndose para él en una situación relacional insostenible.

2.2.1 EL TRATAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA RELACIONAL:

Se da inicio a la primera sesión una vez que se ha realizado una cita telefónica con la familia que permite contar con información acerca del síntoma y su historia o evolución.

Los datos obtenidos son discutidos por el equipo terapéutico, el cual está conformado por el terapeuta que dirigirá las sesiones y uno o dos terapeutas que harán la función de supervisores (que en la terapia son quienes se encontraran detrás del cristal espejado, quienes tienen la facultad de interrumpir la sesión con el objetivo de hacer acotaciones).

¹² SELVINI, Mara, CIRILLO, Stefano, SELVINI, Mateo, SORRENTINO, Ana Maria, *Los juegos psicóticos en la familia*, Paidós, Barcelona-España, 1990. p182.

Con esta discusión se busca lo que desde este enfoque se llaman los indicios y que son aquellas cosas que hacen peculiar o distinta a la familia, siempre tomando en cuenta su cultura, clase socio-económica, en definitiva, el contexto en el que se desenvuelve.

Los indicios o “rarezas” dan pautas al terapeuta sobre los puntos en que debe profundizar su búsqueda de información, esto no lo hace de manera incisiva debido a que podría resultar contraproducente para la terapia, pues frente a ésta intervención la familia podría ponerse en actitud defensiva o reticente. Por esto el terapeuta procura indagar de forma flexible buscando corroborar sus primeras hipótesis de la formación del proceso psicótico. Una vez que las informaciones han sido verificadas, el terapeuta propone una interpretación. Como dirían Viaro y Leonardo:

“El terapeuta introduce su “punto de vista” de experto tan pronto como puede hacerlo, en el curso de la entrevista, es decir en cuanto observa algunas “señales” que se corresponden con una de la hipótesis o modelos del repertorio”¹³

La intervención del terapeuta tiene el propósito de revelar a la familia las verdaderas causas de la enfermedad, es decir, desentramar el juego relacional, que cuando se hace explícito provoca generalmente una crisis familiar, la misma que debe ser entendida como una posibilidad de cambio.

En las primeras sesiones es llamada a participar toda la familia nuclear o cercana, generalmente aquellos que habitan con el paciente señalado, pero una vez que se ha desenmascarado el juego, el terapeuta trabajará con los padres, ya que como se mencionó anteriormente desde la visión relacional sistémica es el conflicto entre ellos, el impasse, la causa del desarrollo patológico y es ahí donde debe centrarse el trabajo.

¹³ SELVINI, Mara, CIRILLO, Stefano, SELVINI, Mateo, SORRENTINO, Ana Maria, *Los juegos psicóticos en la familia*, Paidós, Barcelona-España, 1990. p220.

La exclusión de las sesiones del paciente señalado tiene por objetivo también el establecer una alianza entre terapeuta y padres, comprometiendo así a los padres y convirtiéndolos en coterapeutas del proceso (terapéutico).

La estrategia a utilizar para conseguir dicha alianza es que el discurso del profesional no se centre exclusivamente en criticar aquello que los padres han hecho de modo incorrecto, se trata también de resaltar aquellas conductas positivas de toda la familia. “Aquellos padres que llegan a luchar y a padecer juntos para salvar a su hijo, más que en coterapeutas de ese hijo, se convierten en los agentes del cambio de su propia relación”¹⁴

Desde Murray Bowen, para comprender los conceptos sistémicos de enfermedad, tratamiento, y demás, es necesario primero entender que la familia es el punto central de la teoría sistémica y que ésta es vista como una unidad.

La esquizofrenia es entendida en este sentido, como un proceso dinámico activo que afecta a toda la unidad-familia y no sólo al paciente designado como explican otras teorías y es por esto que se trabaja con el grupo que la constituye.

Desde esta teoría la etiología u origen de la esquizofrenia se encuentra en la relación simbiótica entre madre e hijo, donde ambos seres se encuentran formando una sola “célula”, proceso que es normal en los primeros momentos de existencia y que se va disolviendo con el tiempo.

En el caso de la esquizofrenia, sin embargo, la simbiosis no ha sido superada, lo que indica inmadurez por parte de la madre y detención del proceso de desarrollo del hijo. En esta situación la madre utiliza al hijo para satisfacer sus necesidades.

¹⁴ SELVINI, Mara, CIRILLO, Stefano, SELVINI, Mateo, SORRENTINO, Ana Maria, *Los juegos psicóticos en la familia*, Paidós, Barcelona-España, 1990. p 252.

La simbiosis se caracteriza por que madre e hijo viven el uno para el otro, lo que implica que hay una ausencia de los límites del yo; el padre queda de cierto modo excluido, por fuera.

Bowen y un grupo de investigadores estudiaron las características relacionales de estas familias a través de la observación de los pacientes y sus familias que vivían por un tiempo determinado en una sala de hospital y también por medio de otros casos ambulatorios y llegaron a las conclusiones siguientes.

La familia está constituida por un triángulo, madre-hijo-padre, los padres son en la gran mayoría de los casos personas inmaduras tanto emocional como funcionalmente, es decir, que les cuesta mucho tomar decisiones, incluso las más simples de la vida cotidiana; este matrimonio de los padres del paciente se caracteriza por que entre ellos existe una barrera emocional o un “divorcio emocional” en palabras de Bowen.

Los padres tienen cada uno un rol o función específica; uno es el super-suficiente o adecuado y el otro es el insuficiente o inadecuado, el primero se caracteriza por ser el dominante, quien toma las decisiones en el hogar, mientras que el otro es el sumiso, el que no participa, el pasivo.

Haciendo una comparación con lo explicado anteriormente de la visión de Selvini, podemos entender éste “divorcio emocional” en la pareja de Bowen, con la “impasse” o conflicto irresoluble de Mara Selvini, y frente a los roles los activo-pasivo de Selvini, son equiparables a los adecuado-inadecuado de Bowen.

Los padres están distantes entre sí, pero cada uno de ellos puede relacionarse estrechamente con el hijo en la medida en que su cónyuge lo permite. Igualmente los padres pueden mantener un funcionamiento normal externo,

es decir, pueden relacionarse con las personas que se encuentran fuera del grupo familiar perfectamente.

Se ha comprobado a través de los tratamientos con la familia que el hijo mejora en la medida en que la barrera emocional entre sus padres desaparece.

Cuando los padres podían mantener una proximidad en la que se implicaban uno en el otro más de lo que también lo hacían en el paciente, entonces los pacientes habían conseguido rápidos progresos, cuando a su vez uno de los dos, el padre o la madre, se implicaba en el paciente más que en el cónyuge el proceso psicótico se intensificaba.¹⁵

A través de las investigaciones se ha estudiado a profundidad las características de esta relación simbiótica madre-hijo, y se ha observado que ésta es cíclica, proximidad – distancia. El inicio del ciclo es cuando madre e hijo se encuentran tan unidos al punto de parecer uno solo, y la siguiente fase se caracteriza por que están tan distantes que se repelen como dos polos opuestos.

Un punto clave descubierto que rige las relaciones familiares en la esquizofrenia es la proyección, los padres proyectan en el hijo sus problemas, incluso antes del nacimiento la triangulación ya está establecida.

La estabilidad en la relación de los padres viene dada por dicha proyección de sus problemas en el hijo, lo acusan de enfermo liberándose de ansiedad, ellos asignan el rol al hijo y él lo asume (o introyecta), el hijo por tanto es “para los padres”, no para “sí”, es decir, que sus acciones y conductas están dirigidas a “salvar” a los padres, no a sí mismo, a mantener la estabilidad entre los cónyuges.

¹⁵ BOWEN, Murray, *La terapia familiar en la práctica clínica*, Editorial Desclee de Brouwer, volumen I, Bilabao-España, 1978, p.35.

Los padres buscan confirmar su proyección, (que el problema está en el hijo y no en ellos) a través de exámenes tanto físicos como psicológicos y es generalmente por esto que llegan a consulta.

Los problemas familiares se intensifican cuando el hijo ya no está dispuesto a aceptar el rol de problemático o enfermo, cuando busca su independencia, ya sea por medio de un trabajo o decidiendo vivir fuera de casa. Entonces es cuando los padres entran en una crisis porque el hijo se había convertido en el escape a los problemas de pareja y cuando se acerca su independencia, los padres sienten la amenaza de tener que enfrentarse a sus conflictos reales.

Cuando los padres acuden a un psicólogo o terapeuta profesional y se corrobora su diagnóstico, si el hijo acepta él mismo su enfermedad puede llegar a ser crónica mientras que si lo niega, convirtiéndose él en el “acusador” existe un mejor pronóstico de la enfermedad.

En estas familias, el triádico acepta fácilmente la proyección y la nueva designación de “paciente”, y el contrato operante entre la familia y el psiquiatra es aquel en virtud del cual éste asume su responsabilidad por el producto final del prolongado proceso de la proyección familiar. Son remotas las posibilidades de modificar el proceso familiar. En otras familias, “el paso” es más grande; el triádico se opone a su diagnóstico y designación de “paciente,” y si el psiquiatra evita ponerse de lado de los padres en la proyección, el pronóstico es más favorable para la modificación del proceso familiar.¹⁶

2.3 ENFOQUE COMUNICACIONAL

¹⁶ BOWEN, Murray, *La terapia familiar en la práctica clínica*, Editorial Desclee de Brouwer, volumen I, Bilabao-España, 1978, p 131.

2.3.1 ENFOQUE DE LA ESCUELA DE PALO ALTO.

La Escuela de Palo Alto, también conocida como la universidad invisible, fue fundada en los años 60 en una pequeña ciudad al sur de San Francisco por diversos investigadores, entre los más destacados Don D. Jackson, Paul Watzlawick, Gregory Bateson, Erwin Goffman, etc. Todos ellos formaron parte del grupo que se opuso a la Teoría Matemática de la Comunicación, propuesta por Claude E. Shannon y Warren Weaver en los años 40.

La escuela de Palo Alto fue conformada por investigadores pertenecientes a diversas disciplinas, entre ellas la antropología, sociología, psiquiatría, y a partir de esta se fue desarrollando una teoría de la comunicación con nuevo enfoque. Entre los principales postulados encontramos los siguientes:

La comunicación es un fenómeno social, es la base de toda relación y no es posible entenderla fuera del contexto en el cual se produce (la misma), debido a que las significaciones de los mensajes están estrechamente ligadas a la cultura.

La comunicación no se entiende únicamente como la palabra, lo verbal; toda actividad o comportamiento comunica, los gestos, miradas, movimientos del cuerpo, la distancia o cercanía y de aquí se entiende que no todo acto comunicativo es consciente o intencionado. Uno de los principales postulados de la Teoría de la Comunicación de Palo Alto es que es imposible no comunicar.

2.3.2 TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO:

A partir de esta introducción es posible explicar la Teoría de la Ecología de la Mente propuesta por Gregory Bateson, principalmente el Doble Vínculo,

ya que es una forma de comunicación-relación que permite comprender como se verá la etiología de la esquizofrenia.

Como se ha explicado ya, dentro del enfoque relacional el sujeto con esquizofrenia se caracteriza por tener un yo débil, o lo que es lo mismo con límites no definidos. Bateson explica esta debilidad como una dificultad para identificar e interpretar señales o mensajes.

“Lo atacado es el uso de lo que yo he llamado las “señales identificadoras de mensajes”, es decir, aquellas señales sin las cuales el “yo” no se atreve a discriminar entre los hechos y las fantasías, y entre lo literal y lo metafórico”.¹⁷

Desde esta perspectiva los componentes necesarios para que tenga lugar una situación de doble vínculos son:

Que existan dos o más personas involucradas en la relación y una de ellas ocupe el lugar de “víctima”, en el caso de la esquizofrenia hablamos del hijo; la segunda persona es la madre, y si hay terceros pueden ser el padre o hermanos.

Que sea una experiencia reiterada, es decir, que no responda a un único evento traumático.

Que exista un mandato negativo primario, por ejemplo “si haces eso te castigaré”, “si no haces eso te castigaré”, castigo que por lo general amenaza con el retiro del amor, por parte de la madre al hijo.

Que exista un mandato secundario que esté en conflicto o contradicción con el primero, que se encuentra en un nivel más abstracto, no necesariamente verbal como el primero, generalmente se realiza por medios no verbales. Por ejemplo, la madre dice al hijo “Ven, que te quiero dar un abrazo” y cuando el hijo se acerca a ella, su cuerpo está tenso, rígido, no despierta un abrazo.

¹⁷ BATESON, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente*, Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires- Argentina, 1976. p.228.

Que exista un mandato negativo terciario, que es aquel que prohíbe a la víctima, en este caso al hijo, salir de dicha situación.

Cuando la víctima llega a percibir su universo bajo los patrones doble vinculares deja de ser necesario el conjunto de los elementos anteriores.

Para resumir lo expuesto, las características principales del doble vínculo en la relación madre hijo, u otra relación de características similares en intensidad, el hijo debe poder discriminar correctamente el mensaje que está siendo emitido por la madre para responder adecuadamente a éste. En la comunicación se expresan dos mensajes, uno de los cuales niega al otro. El individuo, por la situación misma, no puede comentar los mensajes, pedir una aclaración de estos; en palabras del autor no se produce metacomunicación. “Un individuo tomará literalmente un enunciado metafórico cuando se encuentra en una situación en la que tiene que responder de alguna manera, en la que se enfrenta con dos mensajes contradictorios y cuando es incapaz de comentar las contradicciones”¹⁸

La investigación explica el porqué de esta dificultad de discriminación, interpretación en la esquizofrenia a partir de la relación entre madre e hijo.

La madre se siente angustiada cuando el hijo se acerca a ella “como sí” esta fuese una madre afectuosa y responde frente a esto de forma hostil, pero la madre no puede aceptar su propia conducta de rechazo y por esto simula afecto para con el hijo; el problema de la madre consiste en no poder controlar la proximidad y distancia entre ella y su hijo, es decir lo cíclico de la relación simbiótica ya expuesto en la perspectiva relacional.

[...] el niño se ve colocado en una situación en la que no debe interpretar correctamente la comunicación de su madre si es que desea mantener su relación con ella. En otras palabras, no debe discriminar correctamente entre

¹⁸ BATESON, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente*, Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires- Argentina, 1976. p.238

los distintos órdenes de mensajes, en este caso la diferencia entre las expresiones de sentimientos simulados y los sentimientos reales.¹⁹

Al interpretar correctamente el mensaje emitido por la madre, el hijo desenmascara los sentimientos reales de la madre, por ejemplo su rechazo, y como la madre no es capaz de aceptarlo, entonces lo más probable es que la interpretación correcta traiga consigo un nuevo castigo para el hijo, por lo que a este le conviene seguir el juego de la simulación.

El hijo puede intentar escaparse de esta situación, por ejemplo, apoyándose en un padre fuerte, pero como se ha observado anteriormente dentro de las familias donde se genera esquizofrenia no existe, por lo general éste padre o sujeto en quien el hijo pueda apoyarse; el padre suele quedar por fuera de esta relación simbiótica.

2.3.3 LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA COMO GENERADORA DE ESQUIZOFRENIA:

En un artículo escrito por Albert E. Scheflen se habla de forma ilustrada de los problemas comunicacionales dentro de la familia que posteriormente contará con un miembro esquizofrénico, y más concretamente sobre la comunicación entre madre e hijo.

A través del estudio de estas familias y de filmes de las mismas, Scheflen concluye que el problema de comunicación se centra básicamente en lo que respecta a la vista y el tacto.

¹⁹ BATESON, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente*, Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires- Argentina, 1976. p.243

El autor nos habla de la ya mencionada relación simbiótica existente entre madre e hijo e introduce el término de “circulo vicioso” para explicar la relación: el cuidado que esta madre proporciona a su hijo la aleja de los otros, el niño se aferra a ella y se niega a relacionarse con otras personas; mientras el niño va creciendo la situación se acentúa, creciendo de esta forma también la dependencia entre ambos.

El niño y la madre, debido a su cercanía cada vez son más parecidos, en su forma de vestirse, en sus gestos, posturas, actitudes, incluso comparten las mismas creencias, temores, etc. Pero a pesar de esta cercanía raramente interactúan. “En la familia esquizofrénica *hay escasez de interacción y una excesiva vinculación*”²⁰

Esto nos recuerda a lo que M. Bowen afirma, que dentro de la familia esquizofrénica no existe diferenciación entre los miembros, poseen un yo débil, y por tanto están atrapados en un “campo emocional común”.

Desde esta visión se comparte el postulado del enfoque relacional sistémico, en el sentido de que la etiología de la esquizofrenia tiene su base en las formas de interacción familiar.

La familia comparte un lenguaje, una actitud corporal y un estilo de cognición que son atípicos, lo que se equipara con lo que M. Selvini llama teóricamente los “indicios o rarezas”. Schefflen afirma al respecto que dentro de las familias con un hijo esquizofrénico, hay en ocasiones, otro miembro que es fronterizo, que tiene también rasgos esquizoides, debido a que ha compartido este singular patrón relacional.

Volviendo un poco a la relación simbiótica madre-hijo, al vínculo estrecho y la falta de interacción, mientras el niño va madurando se hace evidente la falta de experiencia en cuanto a contacto social, por esto el lenguaje del

²⁰ ANDOLFI, Maurizio, ZWERLING, Israel, *Dimensiones de la terapia familiar*, Paidós, 2da. reimpresión, Barcelona – España, 1993, p.157.

sujeto esquizofrénico es monótono, su cuerpo carece de expresividad y su afectividad está “achatada”. En raras ocasiones manifiesta el autor que ocurre lo contrario con la afectividad, es decir, que el sujeto es hiperemotivo. “Pero cualesquiera sean los fines de tales conductas faciales y corporales, su efecto es el dificultar a estas personas la formación y mantenimiento de una relación humana. Es muy difícil tratar con alguien que se muestra totalmente inerte o, si no, disparatadamente activo”²¹

Los antecedentes relacionales del paciente explican el porqué del aislamiento social que se produce en la esquizofrenia; es común que cuando se le invita a participar de una relación el sujeto no lo haga, y es que no sabe cómo hacerlo, lo que conlleva para él un sinnúmero de fracasos sociales.

Es por esto habitual que la amenaza de una ruptura de la simbiosis o díada suele provocar una crisis psicótica en el sujeto, ya que se rompe de alguna forma la posibilidad de una relación, en el sentido de que solo tenía este modelo de relación, solo sabía relacionarse de esta forma. “El apartarse de ellos sólo unos pocos días puede provocar el pánico y una amenaza de desorganización cognitiva. El prepsicótico se mantiene junto a ellos o se apresura a volver a su lado cuando hay en cierne un ataque de ansiedad”²²

Debido a ello, es de fundamental importancia que, como vimos en la perspectiva relacional, la familia del paciente señalado sea partícipe de las terapias, ya que el pronóstico del sujeto es significativamente mejor si esto ocurre.

Con respecto al estilo de las sesiones terapéuticas los lineamientos son enteramente compartidos con la ya descrita terapia relacional sistémica, pero

²¹ ANDOLFI, Maurizio, ZWERLING, Israel, *Dimensiones de la terapia familiar*, Paidós, 2da. reimpresión, Barcelona – España, 1993, p.159.

²² ANDOLFI, Maurizio, ZWERLING, Israel, *Dimensiones de la terapia familiar*, Paidós, 2da. reimpresión, Barcelona – España, 1993, p162.

en el texto de Andolfi y Zwerling se explicita la forma de comunicación usada en la terapia.

Desde la perspectiva sistémica se hace una división entre comunicación digital y la analógica, la primera se refiere al contenido neto o manifiesto del mensaje, se podría decir que corresponde a la comunicación verbal de la clasificación tradicional. La comunicación analógica está más relacionada con la forma en que el mensaje es emitido, da más lugar a la expresión de emociones, se relaciona por tanto con la denominada comunicación no verbal, desde el psicoanálisis se puede comparar con lo latente.

El terapeuta en las sesiones debe recibir la información facilitada por la familia teniendo en cuenta los mensajes digitales, pero sin descuidar los aspectos analógicos; de hecho ésta escuela le da gran importancia al ritmo, a las expresiones faciales, la modulación de la voz, los movimientos corporales, etc.

Estos aspectos analógicos dan pista al terapeuta del cómo debe ser interpretados los mensajes digitales emitidos, acerca de los cuales se dice son una comunicación acerca de la comunicación, es decir, una metacomunicación.

Por otra parte, la teoría sistémica ha introducido el término de “mito”, que es de fundamental importancia para el trabajo terapéutico, ya que da cuenta de la explicación compartida por la familia de sus propios problemas.

El mito o creencia implica formas de conducta y reglas familiares, además de roles o papeles desempeñados por cada uno de los miembros; por ejemplo, el paciente designado es quien cumple el rol de enfermo, la madre puede ocupar el rol de sobre protectora, el padre el de ausente, etc.

La familia siempre actúa conforme a estas creencias, reglas, roles, lo que mantiene su “homeostasis” o equilibrio; es su forma de funcionar, lo que no implica que “esté bien” o sea funcional.

Por esto la ruptura del mito lleva generalmente a una crisis familiar, ya que se rompe su normal funcionamiento, como por ejemplo ocurre cuando el hijo, paciente designado, niega su diagnóstico como vimos anteriormente.

Uno de los principales objetivos de la terapia consiste en develar este mito a la familia, lo que rompe la homeostasis y abre la posibilidad de un cambio, una redefinición de roles que permita interacciones más saludables para todos los miembros y por tanto una homeostasis, ahora sí funcional.

En el libro “*Nuevas relaciones en el núcleo familiar*” su autora, Virginia Satir hace una clasificación de las familias de acuerdo a la forma que estas tienen de comunicarse. En este sentido, existen las familias perturbadas o conflictivas por un lado y las familias nutricias por el otro.

Esta clasificación la realiza a través del análisis de tres ejes fundamentales que son la *comunicación intrafamiliar*, las *reglas* que norman su comportamiento o sistema familiar y el *enlace con la sociedad*, o lo que es lo mismo, las relaciones que se mantienen fuera del núcleo familiar.

En las familias denominadas perturbadas o conflictivas Virginia Satir observó a través de su experiencia como terapeuta familiar que se compartían ciertas características en relación a los ejes mencionados:

Existe poca *comunicación* y cuando la hay esta suele ser vaga, indirecta y poco sincera; en cuanto a las *reglas* vio que estas son excesivamente rígidas e inamovibles, *el enlace con la sociedad* está disminuido por un temor al otro.

Mientras que en las familias llamadas nutricias suele ocurrir justamente lo opuesto, la *comunicación* es directa, sincera y abundante, las *reglas* son de carácter más flexible y están sujetas constantemente a cambios, hay mayor *enlace con la sociedad* y se confía más abiertamente en el otro.

Dentro de las familias conflictivas, que son las que conciernen (más) directamente a esta investigación, suelen repetirse igualmente ciertos patrones limitantes de comunicación que la autora ha categorizado como: aplacar, culpar, calcular y distraer.

Aplacar: es aquella postura asumida por un individuo que frente a cualquier hecho o pregunta responde siempre con un sí, es aquel que vive para los demás, y para el que su opinión nunca merece la pena.

Culpar: es aquel sujeto que a diferencia del anterior se cree superior al resto, el que dice a todos qué es lo que deben hacer y qué no, el que manda y a menudo maltrata.

Calcular: el calculador es quien siempre intenta ser correcto en todo aquello que hace o dice, que es parco y rara vez manifiesta sus emociones.

Distraer: El distractor siempre está emitiendo mensajes de carácter irrelevante, en el sentido de que sus comentarios siempre están fuera del contexto.

Dichos patrones limitantes pueden también ser interpretados como roles asumidos por los miembros de la familia frente a mensajes dobles, donde lo verbal, digital y lo no verbal analógico se contradicen. “Las posibilidades, en términos generales son: elegir las palabras e ignorar lo demás; elegir el aspecto no verbal e ignorar las palabras; ignorar la totalidad del mensaje

cambiando el tema, alejándonos o quedándonos dormidos, o comentar sobre la doble naturaleza del mensaje.”²³

Los mensajes doble vinculares, como ya se ha comentado en otras partes del documento disminuyen las opciones del receptor, y comentar el mensaje, o lo que es lo mismo, establecer una meta comunicación en gran parte de los casos no es una opción real, en el sentido de que sería poner “a prueba” al otro, por ejemplo a la madre, y esto ocasionaría un nuevo conflicto que es lo que el hijo quiere evitar para conservar su amor.

Lo que la autora denomina “comunicación niveladora”, vendría a ser el ideal ya que los mensajes que pertenecen a ésta acepción guardan congruencia entre el aspecto verbal y no verbal por tanto son únicos y directos.

Volviendo al tema de los mitos y reglas familiares trabajado por Andolfi y Zwerling, Satir manifiesta que en todo grupo o familia, estas existen como un método para normar la convivencia, las reglas familiares. Dice ella por lo general se encuentran en la familia en temas que como el manejo del dinero, la distribución de tareas, la solución de necesidades y también en referencia a castigos o infracciones cometidas por sus miembros.

Con respecto a las reglas, Satir dice que es importante el poder analizar quién ha establecido estas reglas, quién las puede modificar y de dónde se las obtuvo. Existen por lo general dentro de las familias conflictivas temas de los que no se puede hablar, lo que fomenta las dificultades comunicativas debido a que el hablar siempre de lo correcto es evadir mucho de lo que ocurre en la realidad, dentro de las consecuencias de esta acción encontramos la mentira que lleva en muchos casos al aislamiento o soledad.

Es importante que las reglas familiares estén en la capacidad de aceptar que todos los sentimientos son humanos, que no son ni correctos ni incorrectos,

²³ SATIR, Virginia, Nuevas relaciones en el núcleo familiar, editorial Pax México, México DF – México, s/a, p.96

que simplemente son humanos, valga la redundancia, y por tanto dignos de ser sentidos. En caso de ser así, fomentan el crecimiento del yo.

Entre los temas de los que no se puede hablar dentro de la familia a menudo se encuentran el aspecto físico y más específicamente la sexualidad. Alrededor de ellos se crean secretos y tabúes, a menudo en la familia se tiene el imaginario de que “lo que no se habla no existe” y negar los genitales o la sexualidad de los miembros es negar una parte del yo.

Con respecto a las reglas en las familias Satir ha establecido tres principales secuencias:

Humana-Inhumana: Se refiere al vivir con reglas que son casi imposibles de observar.

Manifiesta-Encubierta: Hay reglas que son conocidas por toda la familia y otras que siempre permanecen ocultas.

Constructiva-Destructiva: Hablar de los problemas o conflictos existentes o negarlos, hacer como si no existiesen.

A la hora de trabajar terapia con una familia es importante poder plantear y responder las siguientes preguntas.

“¿Cuáles son tus reglas?

¿Qué logras con ellas en este momento?

¿Cuáles son los cambios que debes realizar?

¿Cuáles de tus reglas actuales consideras pertinentes?

¿Cuáles quieres desechar?

¿Cuáles son las nuevas reglas que deseas adoptar?

¿Qué opinas de tus reglas? ¿Son manifiestas, humanas, actualizadas? ¿O son encubiertas, inhumanas y anticuadas?”²⁴

²⁴ SATIR, Virginia, Nuevas relaciones en el núcleo familiar, editorial Pax México, México DF – México, s/a, p.143.

La familia nutricia, es decir, la que mantiene una buena comunicación es aquella que puede repensar sus reglas, evaluar cuáles de ellas tienen sentido en la actualidad y cuales ya han caducado.

En resumen, desde las distintas perspectivas analizadas en este capítulo la esquizofrenia es producida por una disfunción relacional, comunicacional en el núcleo familiar, en donde están presentes la relación simbiótica, impasse, doble vínculo etc.

El individuo enferma debido a las características de las interacciones familiares; por tanto la terapia debe estar enfocada en rever la comunicación, las reglas y en develar el mito que mantiene su homeostasis disfuncional, en definitiva se busca que la crisis se convierta en una posibilidad de cambio positivo donde las relaciones sean más saludables y permitan la redefinición del yo de sus miembros y en especial del paciente designado. “[...] las familias conflictivas crean personas conflictivas y contribuyen así a la devaluación del yo[...]”²⁵

2.4 LA CONSTRUCCIÓN DEL YO

Cuando se habla del Yo en psicología se hace referencia a la percepción que el sujeto tiene de sí. Dicha percepción se va construyendo en las relaciones que establece con otros sujetos así como con su entorno o ambiente; es una estructura dinámica, es decir, se encuentra en continuo devenir, nunca está acabado, ya que se va modificando a partir de nuevas relaciones y experiencias vividas por el sujeto.

²⁵ SATIR, Virginia, Nuevas relaciones en el núcleo familiar, editorial Pax México, México DF – México, s/a, p.32.

Ana Pampliega de Quiroga habla del Yo como “mundo interno” y afirma que este se construye en la internalización de las relaciones y experiencias vividas, es decir, se trata de una interiorización de lo externo.

Dicha internalización está mediatizada por el sujeto y por tanto está cargada de afectividad y subjetividad, por lo que el mundo interno no es un reflejo nítido de lo externo, de la realidad, sino más bien una interpretación que el individuo ha hecho a partir de sus experiencias.

La constitución del mundo interno tiene su origen en las primeras relaciones del sujeto, las que se inscriben dentro del núcleo familiar con los cuidadores primarios, sean estos los padres biológicos o sustitutos. Las características de estas relaciones marcarán las relaciones posteriores, en el sentido de que a partir de ellas se crea un esquema de lo que es una relación en sí.

Para la constitución del mundo interno, de la mismidad, o yo, ha sido imprescindible la presencia y relación con otro u otros, y es importante recalcar que toda relación se produce en un contexto o ambiente social, cultural, cuyas características también influirán en esta relación. “Al igual que la mismidad, la otredad es consubstancial a la construcción de la identidad, ya que ésta solo es posible en la alteridad; siempre frente al “yo” está un “alter”, “el otro” y frente al “nosotros” están “los otros””²⁶

Como dice Rico Bovio en su libro *Las fronteras del cuerpo*, la autoconciencia del cuerpo, o yo, es posible a través de la existencia de otros cuerpos que no son el mío propio: yo existo en la medida en que puedo diferenciarme del otro y del mundo. El cuerpo del otro me permite identificarme y a partir de la identificación, diferenciarme.

Virginia Satir, autora perteneciente a la corriente sistémica, habla de la autoestima como yo, usa el concepto de autoestima no para referirse al amor

²⁶ GUERRERO A. Patricio, LA CULTURA, Estrategias conceptuales para entender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia, pág. 102.

hacia sí mismo, amor propio o narcisismo primario, sino que lo utiliza para referirse al conocimiento de uno mismo, al reconocimiento; a este respecto dice que el tener una autoestima alta no es un sinónimo de bienestar, esta más bien relacionado con el reconocerse o asumirse.

El Yo o autoestima es explicado por ella como el concepto que el sujeto tiene de sí mismo, los sentimientos para consigo, así como su imagen, elementos todos ellos que conforman el yo y que se ven representados en la conducta.

[...] todo fenómeno humano, incluyendo nuestra conciencia, es posicional, porque el hombre, no sólo está situado en, sino ante al mundo y sus valencias corporales lo promueven a operar selectivamente en él. Por eso la estimación del cuerpo, medida de nuestra apreciación de la realidad, repercute radicalmente en la actitud y el comportamiento adoptado individual y colectivamente.²⁷

2.4.1. PERSPECTIVA RELACIONAL SISTÉMICA DE LA CONSTRUCCIÓN DEL YO

Desde la perspectiva relacional sistémica el yo es una estructura que es únicamente palpable en la interacción; a pesar de ser, por decirlo de alguna forma, una instancia individual solo es evidenciable en lo social.

Al hablar de esquizofrenia en general en psicología, se habla de que el sujeto que la posee tiene un yo escindido, fragmentado o débil, cosa que sólo puede observarse cuando dicho sujeto entra en relación, tanto con otros sujetos como con el ambiente.

²⁷ RICO BOVIO Arturo, Las fronteras del cuerpo, crítica a la corporeidad, ediciones Abya-Yala, Quito-Ecuador, 1998. pág.84

El yo, como se ha explicado, se construye relacionamente y se expresa también relacionamente, se ha empezado construir en estas primeras relaciones del sujeto con su núcleo familiar y la salud o enfermedad de este yo depende enormemente de las características o calidad de dichas relaciones interpersonales enmarcadas en la familia.

Un yo enfermo, o un sujeto con esquizofrenia, quien incumbe directamente a esta investigación, viene a ser en resumidas cuentas un denunciante de que las relaciones familiares no han sido sanas.

Desde la misma teoría sistémica así como el sujeto ha enfermado relacionamente o socialmente deberá ser tratado terapéuticamente también en este sentido. El modo de relación no funcional es el único patrón de relación aprendido por el sujeto, es su esquema de relación y por tanto este será repetido socialmente también fuera de la familia.

En consecuencia, el sujeto al reproducir este esquema de relaciones se encuentra inmerso en un círculo vicioso que no le permite salir de la patología. Es por esto que el trabajo terapéutico en la sistémica se enfoca en el núcleo familiar, es allí donde el sujeto aprendió el patrón de relación disfuncional y es allí donde debe desaprenderlo.

La terapia tiene como fin, entre otras cosas, que la familia aprenda a comunicarse y relacionarse de forma sana, cambiándose así el patrón de relación original mantenido por el sujeto, lo que hará posible que sus relaciones fuera de este entorno también cambien.

2.4.2 INTERVENCIÓN DEL LENGUAJE EN LA CONSTRUCCIÓN DEL YO

Aunque ambas teorías tienen percepciones disímiles acerca de cómo se construye el yo, hay sin embargo un punto central que interviene en su formación que es tomado en cuenta por ambas. Me refiero a la intervención del lenguaje.

Parecería que, completamente aparte del mero intercambio de información, el hombre tiene que comunicarse con otros a fines de su autopercepción y percatación, y la verificación experimental de este supuesto intuitivo se hace cada vez más convincente a partir de las investigaciones sobre la privación sensorial, que demuestra que el hombre es incapaz de mantener su estabilidad emocional durante períodos prolongados en que sólo se comunica consigo mismo.²⁸

Es en el lenguaje, en la comunicación con los otros como el yo se construye y es a partir de esta también como se mantiene.

A continuación mencionaré algunos de los axiomas que constituyen la comunicación desde Watzlawick y a partir de los cuales es posible entender como se desarrolla la comunicación normal, la que permite un normal desarrollo del yo y seguidamente explicaré como se produce la comunicación patológica y por ende las patologías del yo.

La teoría de la comunicación de la Escuela de Palo Alto reconoce como uno de los principales axiomas “La imposibilidad de no comunicar”: toda interacción es ya en sí comunicación, así como no es posible la no

²⁸ WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet, JACKSON, Don D., Teoría de la comunicación humana, editorial Herder, Barcelona- España, 2002.p.86.

interacción, que el hombre no se comporte, es imposible que no se comunique, es por esto que Watzlawick pone a la conducta y a la comunicación en el mismo nivel; toda conducta, cualquiera sea esta, comunica.

Aun cuando una persona intenta no comunicarse, ya está comunicando algo, la comunicación, como ya se habla en el capítulo referente a la esquizofrenia, puede darse tanto a nivel digital como analógico, puede ser tanto intencionada, consciente, como inintencionada o inconsciente.

Por otro lado está el axioma de los niveles de contenido y relación, con este el autor explica que toda comunicación implica en sí un compromiso, y con este una definición de la relación. Al comunicarnos no solo transmitimos un mensaje, sino que este mensaje a su vez implica una reacción, en otras palabras, toda comunicación impone conductas.

Se explica que toda comunicación tiene dos niveles, el referencial y el conativo, el primero es la información transmitida, el mensaje, y el segundo nivel nos habla del aspecto relacional. Se puede hablar de lo referencial como comunicación y de lo conativo como metacomunicación, es decir, una comunicación a cerca de la comunicación.

La comunicación se divide también en digital y analógica: lo digital es aquello que en el lenguaje común lleva el nombre de comunicación verbal, es decir, el mensaje que se expresa, sea este hablado o escrito, en definitiva se refiere a la palabra. Lo analógico, en cambio, es lo que queda fuera de la palabra, lo no verbal, es decir, gestos, posturas, tonos de voz, secuencia, ritmo, etc. “El hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógicos como digitales.”²⁹

²⁹ WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet, JACKSON, Don D., Teoría de la comunicación humana, editorial Herder, Barcelona- España, 2002.p63.

En relación con el axioma explicado arriba, podemos observar que lo digital se inscribe en el aspecto relativo al contenido de la comunicación (referencial), mientras que el aspecto relativo a la relación (conativo) se expresa de forma analógica.

En otro de los axiomas de la comunicación, la interacción es dividida en simétrica y complementaria, o lo que es lo mismo, las relaciones se basan en la igualdad (simetría) o en la diferencia (complementaria).

En la relación complementaria existen dos roles o posiciones de los participantes, uno es quien se ubicará como superior o primario y el otro como inferior o secundario. Esto no debe implicar un juicio moral de bueno vs. malo, ni fuerte vs. débil. La relación simétrica a diferencia de la anterior se caracteriza por la igualdad, la reciprocidad en cada interacción, que lleva, en cambio, a la competencia.

Cuando cada uno de estos axiomas o principios de la comunicación se ven distorsionados pueden dar lugar a distintas clases de patología como se expondrá a continuación.

Bajo el axioma de “la imposibilidad de no comunicar”, hablaremos ahora de la esquizofrenia: el sujeto con esquizofrenia trata en cierta forma de burlar constantemente dicho principio. “Ya nos hemos referido al dilema de los esquizofrénicos (...), al señalar que estos pacientes se comportan como si trataran de negar que se comunican y luego encuentran necesario negar también que esa negación constituye en sí misma una comunicación.”³⁰

Esto recuerda a lo que Freud denominó dentro de la teoría psicoanalítica como la *renegación*, de la que se hablaba con respecto a la castración o inscripción de la falta y que se traspasa ahora al terreno concreto de la comunicación.

³⁰ WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet, JACKSON, Don D., Teoría de la comunicación humana, editorial Herder, Barcelona- España, 2002.p73.

La dificultad del sujeto con esquizofrenia a la hora de aceptar la comunicación está estrechamente relacionada con el miedo al compromiso o definición de relación, que es a su vez producto de los mensajes doble vinculares que ha recibido de forma constante por parte de la madre como ya se expuso en el capítulo de la esquizofrenia. “El “esquizofrenés”, entonces es un lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados posibles que no solo son distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles entre sí. Así se hace posible negar cualquier aspecto de un mensaje o todos sus aspectos.”³¹

Esta forma de comportamiento, el no querer comunicarse da la posibilidad de cuatro modos de relaciones:

Rechazo de la comunicación, donde el sujeto muestra por ejemplo que no le interesa establecer una conversación, lo que suele dar lugar a un silencio incomodo, que de todas formas ya habla de una relación.

Aceptación de la comunicación, el sujeto termina por acceder a tener una conversación; de todas maneras intenta ser lo más concreto posible en sus expresiones.

Descalificación de la comunicación, en este tipo de relación lo que sucede es que la comunicación propia o la del otro queda invalidada, ya sea por incongruencias, cambios de tema, oraciones incompletas, etc.

Síntoma como forma de comunicación, el sujeto que pretende no comunicar finge ante el otro alguna situación que le impida en realidad comunicarse, “quisiera mantener una conversación pero hay algo más fuerte que me lo impide”. Entre algunos ejemplos puede fingir sordera, somnolencia, hablar otro idioma, etc.

³¹ WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet, JACKSON, Don D., Teoría de la comunicación humana, editorial Herder, Barcelona- España, 2002.p.74.

En el axioma que nos hablaba de la estructura de los niveles comunicacionales podemos encontrar patología cuando los sujetos que participan de una relación no están de acuerdo ya sea en el nivel referencial o conativo dando lugar a las siguientes posibilidades:

“Desacuerdo en el nivel de contenido”: los sujetos no están de acuerdo en el contenido, pero ello no perturba su relación, es decir, aceptan estar en desacuerdo.

“Desacuerdo en el nivel relacional”: los participantes están de acuerdo en el contenido, pero no en el aspecto metacomunicativo o relacional, lo que ocurre mucho dentro de la dinámica familiar donde existe un miembro con esquizofrenia, como se corrobora en la siguiente cita.

[...] la función del *chivo emisario* de un niño cuyo “problema” (...) impone a los padres la necesidad constante de tomar decisiones conjuntas y de intervenir en situaciones de crisis, cosa que confiere a su relación una pseudoestabilidad que, en realidad, no existe. En todos estos casos es posible predecir con certeza casi matemática que cualquier mejoría del paciente se verá seguida por una crisis marital que, a su vez, a menudo hace que reaparezca la patología del hijo.³²

Confusión entre contenido y relación, puede observarse cuando dos sujetos intentan resolver un problema relacional, cuando en realidad su problema es de contenido, o a la inversa.

Dudar del contenido, una de las dos personas duda del contenido emitido por la otra para salvaguardar la relación. Es lo que se observó anteriormente que ocurre con el hijo esquizofrénico frente a los mensajes de su madre.

³² WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet, JACKSON, Don D., Teoría de la comunicación humana, editorial Herder, Barcelona- España, 2002.p 82.

Con respecto al axioma de definición del self o yo vemos que la definición de la relación implica a su vez una definición del sí mismo, frente a este principio pueden ocurrir las situaciones que se mencionan a continuación:

Confirmación, una persona se define a sí misma de cierta forma frente al otro, y en este caso el otro afirma dicha definición.

Rechazo, se refiere justamente a lo contrario la definición de sí mismo de la primera persona es negada o no es aceptada por la segunda.

Desconfirmación, esta se refiere a que la segunda persona, a la que le ha sido expuesta la definición, no la acepta ni tampoco la rechaza, sino que hace caso omiso de ella, es decir, la ignora, que es lo que a menudo ocurre relacionalmente para la formación de una esquizofrenia.

No podría idearse un castigo más monstruoso, aun cuando ello fuera físicamente posible, que soltar a un individuo en una sociedad y hacer que pasara totalmente desapercibido para sus miembros (William James, 88, pág.89). No cabe duda que tal situación llevaría a la “pérdida de la mismidad”, que no es más que una traducción del término “alienación”.³³

Otra de las posibles patologías se produce cuando se dan errores en la traducción del lenguaje analógico y digital, o cuando ambos son contradictorios, lo que ocasionaría como ya se ha mencionado una situación doble vincular.

³³ WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet, JACKSON, Don D., Teoría de la comunicación humana, editorial Herder, Barcelona- España, 2002.p87.

2.5 LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SU RELACIÓN CON EL PACIENTE

2.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA E INFLUENCIAS EN EL INTERNO:

El hospital psiquiátrico al igual que todo hospital tiene, al menos en la actualidad, el objetivo de sanar, curar, o en su defecto proporcionar a los usuarios o pacientes una mejora de sus condiciones de vida por medio de la prestación de sus servicios, es decir, de tratamientos médicos y psicológicos.

La presente investigación busca observar si dichos objetivos de curación o mejoría propios de la institución psiquiátrica se cumplen. Este trabajo pretende indagar también si el escenario del hospital y sus prácticas cotidianas contribuyen a este propósito, analizando las consecuencias o resultados que las mismas ocasionan en la persona del paciente.

La investigación pretende abordar qué efectos causan en el sujeto con esquizofrenia las prácticas y contexto hospitalario, para lo cual es necesario primero plantearse la cuestión de que todo sujeto que se ve en la necesidad de ingresar a un hospital psiquiátrico tiene su yo en mayor o menor medida desorganizado, en crisis, y más aún la persona que ingresa bajo el diagnóstico de esquizofrenia.

En el caso concreto del sujeto con esquizofrenia el objetivo del hospital psiquiátrico debería ser el de brindar un espacio y tratamientos que permitan una reorganización y fortalecimiento del yo, ya que como es sabido bajo este diagnóstico se entiende que el yo se encuentra debilitado, fragmentado o escindido. La institución psiquiátrica debería propiciar un ambiente de mayor y más clara comunicación, tener reglas más flexibles disminuyendo así el miedo al contacto social en los pacientes.

Para que el sujeto pueda mantener su identidad o yo íntegro, existe una suma de condiciones como el disponer de un espacio privado o íntimo, unos objetos que le pertenezcan, un control sobre su cuerpo, un poder organizar su tiempo y sus actividades, una creación selectiva y permanencia de sus vínculos que incluyen un reflejo relacional de ese yo, el respeto, la validación, el reconocimiento de otros, en definitiva un mínimo de libertad.

Las condiciones expuestas como mínimos requisitos para el mantenimiento o reorganización de la identidad o yo son difíciles de encontrar en la institución psiquiátrica, como se explicará a continuación. “En nuestra sociedad, son los internados donde se transforma a las personas; cada una es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo”³⁴

El hospital psiquiátrico forma parte del grupo de instituciones que el sociólogo Erving Goffman clasifica como “instituciones totales”, a las que define como un espacio en cuyo interior se forma un mundo que es completamente extraño al de afuera, un mundo en el que el interno es, por tanto, despojado del rol social, lo que se acompaña de la desintegración del yo.

La característica principal de las instituciones según la definición de Goffman justamente consiste en la privación de libertad, con todo lo que esta incluye, hecho que muestra con claridad que se da dentro de las instituciones totales en general y en este caso en particular en la institución u hospital psiquiátrico:

Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio. La característica central de las instituciones totales puede describirse como

³⁴ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág 25.

una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas [...] ³⁵

El ingreso a una institución psiquiátrica implica necesariamente una ruptura con el mundo exterior, con el ambiente social normal de la persona. En el mundo externo la persona tenía una actividad estudiantil, laboral o un modo de subsistencia, tenía unos vínculos emocionales, sean estos familiares o extrafamiliares, podía organizar su tiempo de ocio y dedicarlo a diversas actividades, etc.

Otra de las características importantes de las instituciones totales como se habrá observado ya, es su carácter absorbente, que paralelamente al mundo externo al afuera, genera un mundo interno totalmente aislado, un adentro.

Lo que se quiere subrayar aquí, es que su ambiente social normal es el principal referente de la identidad personal, ya que como se observó en el capítulo que hace referencia a la construcción del yo, éste se va constituyendo a partir de sus relaciones y experiencias; son estas las que lo forman y devuelven constantemente una imagen y concepto de sí: “El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible. Apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que éstas le brindan”³⁶

³⁵ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág

³⁶ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág26-27.

El ingresar a la institución implica, a partir de esta gran ruptura mencionada, no sólo simbólica sino como muestra la cita posterior, incluso marcadamente física, que el ahora paciente se encuentre totalmente desposeído, no porque tan sólo se le ha apartado de los objetos, vínculos, etc. que se mantenía en el exterior, si no porque estos, por simples que puedan parecer al ojo externo, eran partes constitutivas de su yo, lo que quiere decir, que el paciente se siente incluso desposeído de sí mismo. “La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos.”³⁷

Es a partir de esta situación que se comprende que a menudo cuando uno entra a una institución total en general, y en este caso particular, a la institución psiquiátrica los pacientes acostumbran a pedir a las visitas un sinnúmero de objetos: desde monedas, todo tipo de prendas de vestir, artículos de uso personal, peines, carteras, etc. Porque necesitan de objetos que puedan hacer suyos y que les permitan reflejar en ellos su identidad: “[...] la vivencia de vacío, la duda y la ansiedad desesperada por un objeto “que los llene” y que “dé sentido a su existencia; [...]”³⁸

Afredo Moffatt en su libro *Terapia de Crisis*, explica la importancia de lo temporal en la formación y mantenimiento del psiquismo, el autor nos dice que toda crisis da cuenta de un evento que ha paralizado la continuidad del proceso de vida, o en otras palabras, que ha roto la vida cotidiana.

Una crisis, cualquiera sea su naturaleza, evolutiva, suceso inesperado o traumático, etc., nos habla de un cambio, cambio que lo saca de su normalidad, que en cierta forma es percibido como “irreal”, produciendo

³⁷ GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001. pág.18.

³⁸ BLEGER José, *Simbiosis y ambigüedad*, pág.190.

angustia en el sujeto lo que lo lleva a percibirse como “otro”, se encuentra fuera de sí, de su realidad y sufre una experiencia de despersonalización.

Moffatt parte de la hipótesis de que el yo no es una construcción natural, es una construcción imaginaria de la persona que se ha ido formando a través de sus experiencias, de su evolución de su historia que se encuentra en el tiempo y entiende, por tanto, a la perturbación mental como la pérdida de dicha construcción, la discontinuidad del tiempo.

Dentro de una crisis el presente es vivido por la persona como vacío, lo que impide una proyección de futuro, necesaria para reestablecer la continuidad temporal y con ella la identidad.

Si partimos de que el sujeto que ingresa a una institución psiquiátrica está en crisis, el internamiento supondría a su vez una nueva crisis, ya que dentro de la institución no posee aquellos elementos de su vida cotidiana en los que reflejaba su identidad.

Desde la teoría de Moffatt es necesario llenar o poblar el presente para la proyección hacia el futuro y restitución del yo, pero dentro de la institución psiquiátrica el espacio carente de objetos agranda esta sensación de vacío del interno y el mismo hecho de no saber el tiempo que permanecerá dentro del hospital dificulta igualmente su concepción de futuro.

En la perturbación del existir que llamamos crisis (el momento agudo de la enfermedad) se presenta la imposibilidad del paciente de autopercebirse como el mismo que era, la nueva situación lo colocó fuera de su historia, está alienado: etimológicamente extranjero para sí. El suceder de su vida se paralizó, la percepción no consigue leer la realidad (...) y el futuro está vacío. Esta es una vivencia de máxima angustia, la persona se encuentra des-

esperada (no espera más), se desestructuró la lectura prospectiva de su acción.³⁹

2.5.2 EL PROCESO DE INTERNAMIENTO:

Erving Goffman en su libro de ensayos *Internados* dedica un capítulo a la carrera moral del paciente. En el mismo se ocupa de analizar los cambios *emocionales* o *morales* que sufre el sujeto a partir del proceso de internamiento.

Goffman divide dicho proceso en dos partes, la primera nos habla del pre-paciente, es decir, el sujeto en vías de ser internado y la segunda del paciente ya interno.

2.5.2.1 ETAPA DEL PRE-PACIENTE:

Goffman empieza diciendo que un grupo muy reducido de pre-pacientes es el que se interna por propia voluntad; estos lo hacen debido a que la persona siente que no pueden dominar sus acciones o sienten que están “perdiendo la cabeza”.

Para algunas de estas personas la idea del internamiento suele causar alivio, en el sentido de que no sienten la presión continua de ocultar socialmente lo que le está ocurriendo; para otro grupo, en cambio, el internamiento es angustiante, debido a que siente que a partir del ingreso en el hospital se confirman sus sospechas de estar mentalmente desequilibrado.

³⁹ Moffatt, Alfredo, *Terapia de Crisis*, ediciones búsqueda, Buenos Aires-Argentina, 1982, p.9.

En la gran mayoría de los casos sucede que la persona ingresa en contra de su voluntad, sea por presiones familiares, por fuerza con la policía u otra institución similar, y otro grupo, sobre todo de personas jóvenes es llevado al hospital por medio de engaños. Cuando es una acción en contra de su voluntad sucede el sujeto moralmente se siente abandonado, traicionado, resentido.

Muchas de las personas internadas han causado previamente transgresiones para con alguna estructura de su vida relacional, sea la familia, lugar de trabajo o estudio, organización, lugar público, etc.

Dichas transgresiones que llevan al internamiento psiquiátrico deberían ser diferentes a las que llevan como consecuencia un despido, exilio, divorcio, consulta psiquiátrica externa, la prisión, etc., pero como se verá esto no ocurre necesariamente. “Empero, si se considera que el número de “enfermos mentales” no internados iguala, o hasta excede al de los internados, podría decirse que estos (los segundos) son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental.”⁴⁰

Se producen ciertas contingencias para que el sujeto haya sido llevado a este lugar o a que se tome esta acción, entre ellas se puede encontrar el status socio-económico del paciente, la proximidad física del hospital psiquiátrico con el lugar del acontecimiento trasgresor, etc.

Existen siempre diversas involucradas en el internamiento del sujeto, y estas cumplen ciertos roles:

Uno de ellos es el de *denunciante*, quien acusa al sujeto de agresor y busca condenarlo por su acción a través del internamiento .

⁴⁰ GOFFMAN, Ervig, *Internados*, Amorrortu editores, Buenos Aires-Argentina, 2001.p.140.

Otro de los roles es el de la persona *más allegada* al paciente, quien busca con el internamiento salvar al sujeto; este rol es generalmente ocupado por un familiar o amigo cercano.

Por otro lado están los *mediadores*, personas profesionales o especialistas, como un médico psiquiatra, asistente social, maestro, etc.

Para contrarrestar el resentimiento del paciente con respecto al internamiento la persona *más allegada*, suele decirle que en el hospital encontrará un tratamiento efectivo para su problema y el reposo que necesita, o en otras palabras que esto es por su propio bien, pero una vez que el paciente conoce la realidad del hospital a menudo siente que debería haber puesto mucha más resistencia a su ingreso. “La carrera del pre-paciente puede considerarse en términos de un proceso de expropiación: cuando se inicia esta primera etapa, es poseedor de derechos y de relaciones; cuando termina, y da comienzo su estadía en el hospital, los ha perdido casi todos.”⁴¹

2.5.2.2 ETAPA DEL PACIENTE:

En la etapa del pre paciente vimos como el sujeto a las puertas del internamiento va quedando al margen de la sociedad y se siente abandonado por sus allegados. En la etapa de paciente va aceptando su condición y buscando estrategias para adaptarse a la comunidad hospitalaria.

A semejanza del neófito en muchas de estas instituciones totales, el nuevo paciente se encuentra desposeído de pronto de una cantidad de sus afirmaciones, satisfacciones y defensas ordinarias, y sometido a una sucesión casi exhaustiva de experiencias mortificantes: restricción de la libertad de movimiento, de vida común, autoridad difusa de toda una escala jerárquica y otras similares. Aprende entonces en qué pobre medida puede mantenerse la

⁴¹ GOFFMAN, Ervig, *Internados*, Amorrortu editores, Buenos Aires-Argentina, 2001.p139.

imagen de uno mismo, cuando se quitan repentinamente el conjunto de respaldos que por lo general lo apoyaban. Mientras soporta estas humillantes experiencias morales el paciente aprende a orientarse en términos de un “sistema de salas.”⁴²

Cuando el paciente llega a este punto de su carrera psiquiátrica va construyendo una imagen de su yo a raíz del curso de su vida, pasada, presente, futura y al hacerlo recoge modifica y resalta algunos elementos de el mismo que puedan serle ventajosos en este nuevo espacio del que ahora forma parte.

Es por esto anterior que a menudo se escucha en el discurso de los pacientes institucionalizados que no están enfermos, o que están internados debido a algún incidente del que no fueron culpables, o que están allí debido a algún problema “x” físico, de salud. Esto es lo que Goffman denomina la tendencia al autorrespeto, este intento de mantener su impunidad, rectitud u honor.

Pero a pesar de estos discursos el ambiente hospitalario frecuentemente desmiente las historias sobre el yo elaboradas por el paciente, es claro que el mero hecho de estar internados refuta la veracidad de sus relatos. Al personal del hospital le resulta también útil el descalificar las afirmaciones de los pacientes. Esto facilita su control sobre ellos en la medida en que mientras él esté enfermo (que es lo que suele negar al menos en cierta forma) existe una razón para su estadía en el hospital y los tratamientos que la acompañan; facilita la cooperación: “[...] historias algo más sólidas que la fantasía y algo más débiles que la realidad”⁴³

Cuando el paciente es entrevistado y se le consulta sobre el motivo de su internamiento se ve forzado a mentir con el fin de ocultar algún incidente vergonzoso para él mismo. En la cotidianidad pretende mantener esta imagen

⁴² GOFFMAN, Ervig, *Internados*, Amorrortu editores, Buenos Aires-Argentina, 2001.p152.

⁴³GOFFMAN, Ervig, *Internados*, Amorrortu editores, Buenos Aires-Argentina, 2001.p157.

maquillada o mejorada de su yo a través de estos relatos para integrarse, pero el personal le recalca su enfermedad para que coopere; el paciente por tanto vive en una destrucción y reconstrucción constante de su yo lo que impide la estabilidad de este último que ayudaría considerablemente a su mejoría mental.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

“Me mareo, es la corriente que me ponen”

Para realizar ésta investigación se utilizaron dos instrumentos para levantar la información pertinente, por un lado se uso una entrevista hecha a los pacientes, el segundo instrumento es una guía de observación llevada a cabo por el investigador.

El primer instrumento tiene por objetivo el escuchar la opinión de los pacientes sobre su situación en el hospital, cotidianidad, relaciones, tratamiento que reciben, etc. ya que cómo se mencionó en el capítulo primero con el presente trabajo de investigación se ha pretendido darle voz y participación al paciente, no quedarse sólo con la opinión desde el afuera que pueden tener los profesionales que allí trabajan, o el propio investigador, ya que ésta visión puede ser prejuiciada.

El segundo instrumento recoge sí la visión del investigador, información levantada en mis experiencias en las instituciones psiquiátricas, tanto en mis prácticas pre profesionales como en voluntariados y visitas informales realizadas.

Ambos instrumentos han permitido cruzar la información interna y externa con el fin de tener una visión más global de la problemática y por tanto más objetiva.

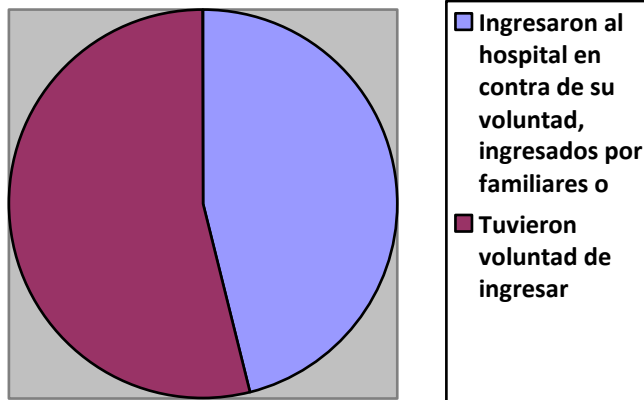
3.1. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS:

A partir de la entrevista estructurada, realizada a la muestra de 13 pacientes. Aproximadamente la mitad de los pacientes entrevistados afirman haber ingresado al hospital psiquiátrico en contra de su voluntad, la gran mayoría de quienes dieron esta respuesta fueron ingresados por familiares cercanos, algunos otros fueron derivados por otros medios, como su lugar de trabajo, institución educativa, etc.

Como se explicaba en la etapa del pre paciente se confirma que un gran número de sujetos ingresan en contra de su voluntad a la institución psiquiátrica, por lo general de mano de un pariente cercano, *la persona más allegada*, lo que lo hace sentirse traicionado, resentido, abandonado, mismos sentimientos que experimentó cuando frente al conflicto entre los padres o impasse se alió con el padre débil con el objetivo de lograr una resolución y no obtuvo ningún resultado.

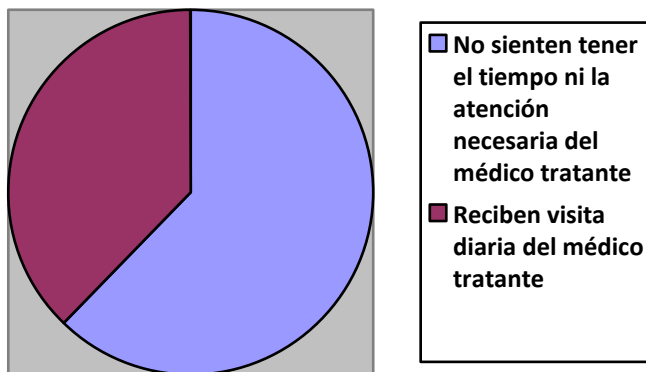
Desde la teoría se ve que aquellos que han ingresado por su propia voluntad lo han hecho por que se sentían incapaces de manejar su vida, y tenían la esperanza de que en este nuevo espacio les ayude a recobrar las herramientas perdidas, pero como expone Goffman el ingreso a menudo

implica una expropiación de relaciones, de derechos y desde mi perspectiva por tanto de dichas herramientas.

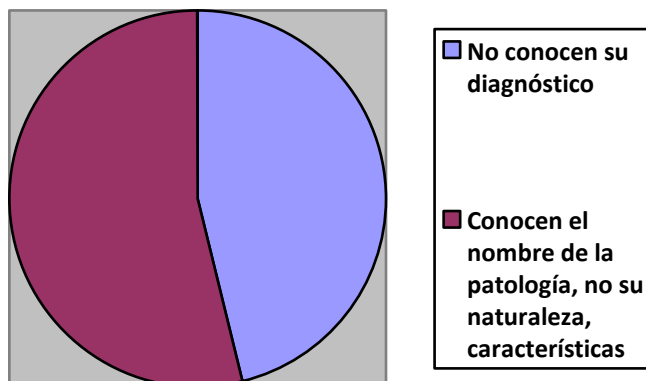


Prácticamente la totalidad de ellos conocen a su médico tratante a quien no ven diariamente; la mayoría contestaron que cuando tienen la oportunidad de hablar con él, el tiempo destinado para hablar es de aproximadamente cinco minutos, muchos comentaron que el tiempo es insuficiente y que para hablar con el doctor “tienen que perseguirlo por los pasillos para llamar su atención ya que siempre está de apuro”.

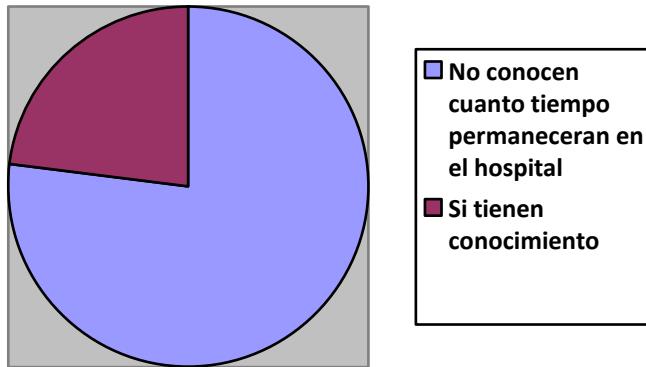
Lo que implica una desconfirmación para el paciente, el “otro” (médico en este caso) en quien intenta reflejarse o proyectarse hace caso omiso de su mensaje. Se produce por otro lado una comunicación digital-analógica incongruente, aunque el médico le oiga, no se produce una verdadera escucha por tanto no es posible que se establezca una metacomunicación, ingrediente importante para el mantenimiento, reestructuración del yo.



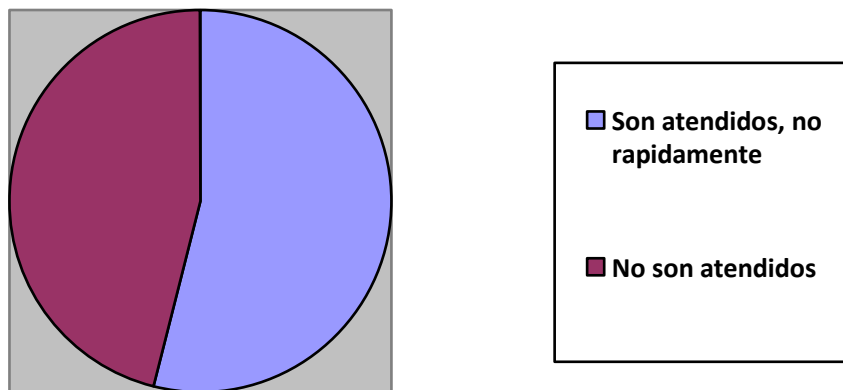
Casi la mitad de ellos no conoce su diagnóstico; el resto fue informado por su médico tratante, y aunque conocen el nombre de la patología no necesariamente tienen conocimiento de la naturaleza y características de la misma más allá de la propia sintomatología.



Diez de los trece pacientes no saben cuánto tiempo más permanecerán en el hospital, dicen que “la duración depende de cómo evolucione uno con el tratamiento”, algunos, frente a la pregunta, evidenciaron su deseo de salir, de poder continuar con su vida, su trabajo, y de estar al lado de su familia o hacer la suya propia. El ingreso al hospital psiquiátrico nos habla como dice Moffatt de una crisis, de una ruptura de la cotidianidad, y para que se reestablezca la continuidad, se supere la crisis, es necesaria desde la naturaleza del psiquismo la proyección hacia el futuro del yo.

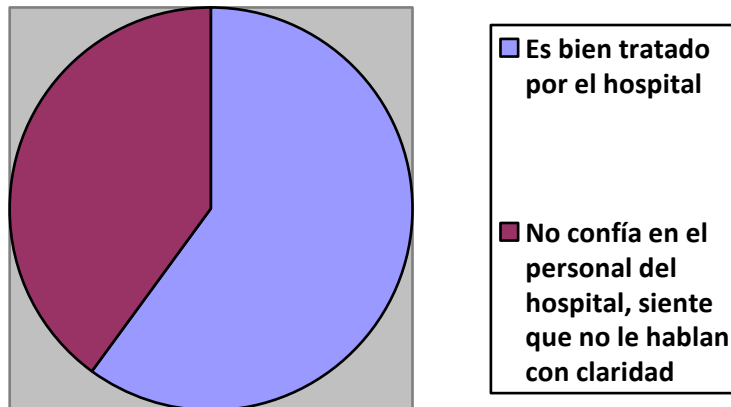


Frente a la interrogante de sí son atendidos rápidamente por el personal del hospital cuando tienen alguna necesidad, molestia, dolor etc., siete respondieron que sí y seis que no; aquellos que contestaron que no comentaron: que son atendidos pero no rápidamente, que no encontraron a la auxiliar o enfermera, que ante su pedido no recibieron mayor atención. Nuevamente se observa aquí la desconfirmación que como se ha expuesto es un factor muy importante en la formación de la esquizofrenia.

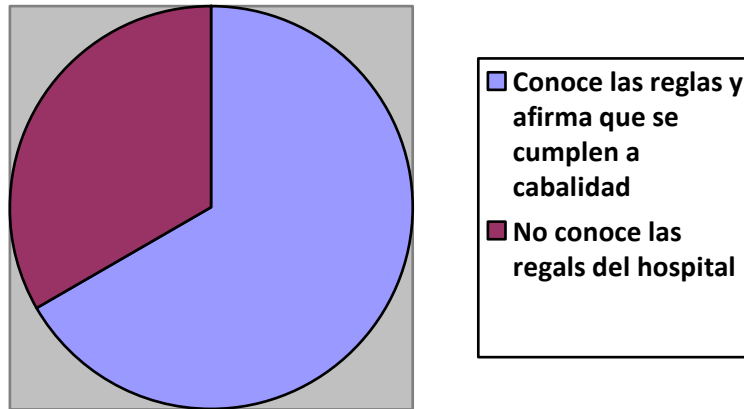


Casi todos dicen que sí les es permitido tener amistades dentro del hospital y dijeron también que sus amigos se encuentran entre los otros pacientes. Con

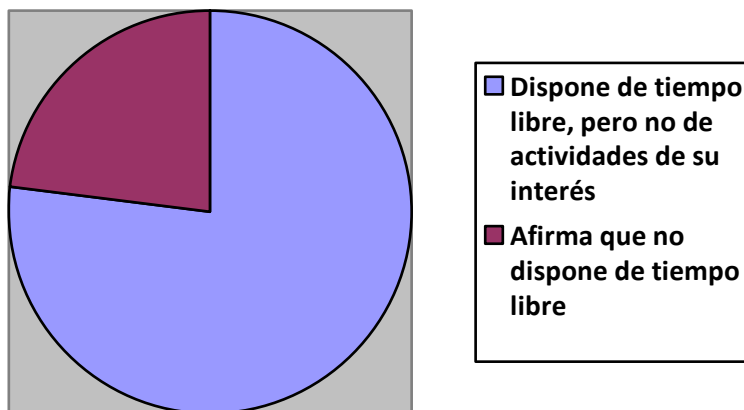
respecto a las preguntas que buscaban conocer más de la relación entre pacientes y personal de hospital, la mitad respondió que es bien tratado por este; un tercio de los internos contestó que siente que no le hablan con claridad y que no confían en el personal.



Solamente un tercio no tiene conocimiento o no ha sido informado de las reglas que tiene el hospital. Quienes lo conocen han sido advertidos por el personal, o por carteles informativos; muchísimos de ellos se quejan de no poder fumar. Todos conocen el horario de actividades estipulado y afirman que es cumplido a cabalidad. Las reglas que existen en el hospital son rígidas, no se da la posibilidad de cuestionarlas, reverlas, actualizarlas, al igual que sucede en la familia generadora de esquizofrenia, esto en definitiva dificulta la buena comunicación por tanto aporta a la devaluación del yo.



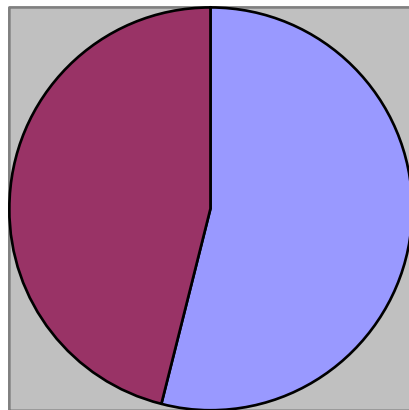
Diez de los pacientes dicen que efectivamente tienen tiempo libre “suyo” en el hospital; este también está contemplado en el horario, uno de los pacientes, al realizarle esta pregunta me miró con sonrisa burlona y dijo: “licenciada, aquí lo que sobra es el tiempo libre”, como diciendo “el tiempo es demasiado”, lo importante es encontrar qué hacer con el, recordándome a una frase citada del libro de Alfredo Moffatt, *Psicoterapia del oprimido* donde dice “todos los días domingo es ningún domingo”



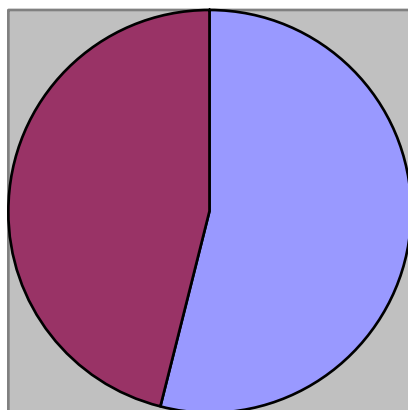
Aproximadamente la mitad de los internos entrevistados respondieron que dentro del horario se sienten obligados a participar de actividades que no son de su interés como ir a misa, hacer deportes, asistir a una sesión de cine,

etc. El mismo número de personas tiene permisos temporales fuera del hospital; según supe por ellos mismos esto depende del tiempo de hospitalización y también de si hay disponibilidad de los familiares para recogerlos.

Las actividades que nos agrada realizar son también un espacio para la expresión de nuestro yo, son estas actividades que estaban presentes en la vida cotidiana del sujeto, sean laborales, de educativas, de placer o diversión las que reflejaban su identidad y constituían su rol social del que él ya paciente se ve despojado desde su ingreso.

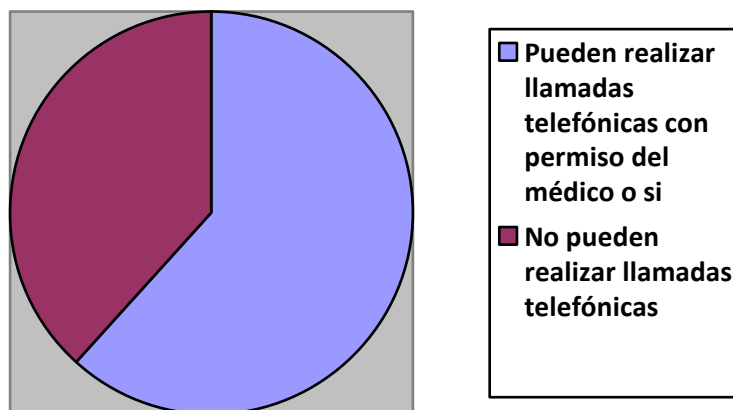
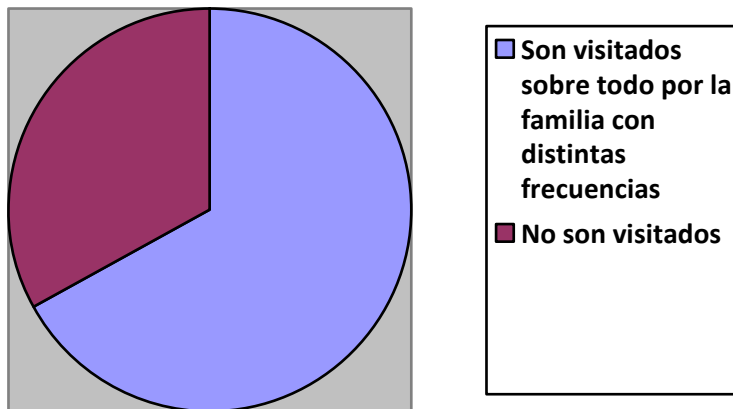


- No se siente obligado, le gustan las actividades
- Se siente obligado a participar de actividades que no son de su interés



- No tiene permiso para salir del hospital
- Tiene permisos fuera del hospital si existe familiar que los recoja

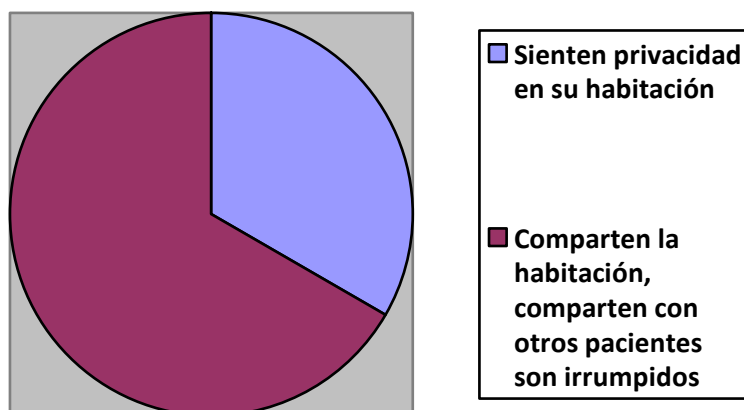
La gran mayoría afirma que son visitados con distintas frecuencias por familiares o amigos, sobre todo por los primeros. En la pregunta referente a la posibilidad de realizar llamadas telefónicas desde el hospital respondieron ocho de forma afirmativa y cinco negativamente; comentaron que primero necesitan el permiso de su médico tratante y otros que hay un teléfono público y se puede llamar “si tienes monedas”.



Únicamente un tercio de los entrevistados respondió afirmativamente frente a la pregunta sobre si sienten privacidad en su habitación, muchos de los otros comparten su habitación con cuatro o cinco personas y otros dicen que “las

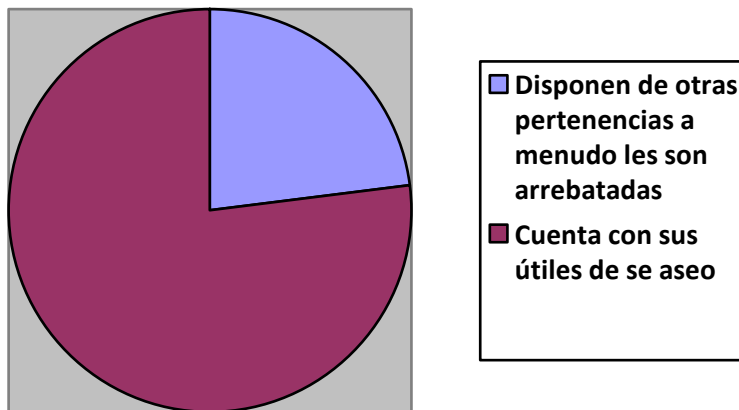
monjitas” entran y salen constantemente sobre todo en la noche cuando ellos ya están descansando.

Para todo sujeto es muy importante poder tener un espacio de privacidad, intimidad, de encontrarse con uno mismo, un espacio mínimo vital o *burbuja personal*, como lo designa Moffatt, considero que aún este espacio se vuelve aun más indispensable cuando nos encontramos en una crisis en que a menudo necesitamos aislarnos o retraernos momentáneamente.



Casi la totalidad de pacientes cuenta con sus propios útiles de aseo (jabón, cepillo, etc.); un porcentaje menor tiene otro tipo de posesiones como aparatos, libros, ropa, etc., pero dicen que estos últimos suelen desaparecer, se extravían, son robados, algunos incluso dicen saber quien lo hace pero prefieren no hablar sobre ello.

Los seres humanos nos reflejamos también en los objetos que poseemos como dice Moffatt *“hasta que punto somos también lo que poseemos”*, el hecho de no tener objetos o de que estos nos sean arrebatados nos hace sentirnos desposeídos, incluso de nosotros mismos, es por esta razón que como dije en otra parte del documento es muy usual que los pacientes les pidan a los visitantes un sin número de objetos, realidad que se ve de forma más frecuente en las instituciones psiquiátricas públicas, donde esta realidad particular de los objetos es más cruda.



La totalidad de la muestra se encuentra conciente, entiende lo que se le pregunta y responde con coherencia, un tercio de la misma se encuentra desorientada sobre todo a nivel temporal. Esto último valida lo fidedigno de los resultados mostrados.

3.2. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN:

Pude observar que los médicos suelen evitar comunicarse con los pacientes internados. Hablando con uno de los dos médicos tratantes que laboran en el hospital, supe que tienen gran cantidad de pacientes a su cargo y muy poco tiempo. Pude ver que, en efecto, ocurre lo que uno de los pacientes comentó: que los siguen por los pasillos comentándoles acerca de la medicación, permisos, etc.

Esto no permite una atención personalizada, no existe una real escucha de las problemáticas o necesidades particulares de cada uno de los pacientes, da la impresión de que para el médico son todos iguales, no hay diferencias entre uno y otro, y de que nada de lo que puedan decirle es demasiado importante para tomar un acción inmediata, esta falta de atención puede dejarle al

paciente una sensación de insignificancia que solo contribuye a debilitar su yo.

La comunicación por parte de los médicos es ambigua también; no existe claridad en los mensajes que expresan recreando una situación doble vincular, por ejemplo les dicen a los pacientes: Sí, ya, más “lueguito” hablamos, cosa que no se cumple la gran mayoría de las ocasiones, o respondiendo a algo que ni siquiera escucharon. La comunicación ambigua al menos en este caso, va muy de la mano con la incongruencia: mientras la voz del doctor dice ya vamos a conversar el sigue corriendo sin apenas mirarlo, es decir, mientras digital o verbalmente el médico presta atención y responde de forma afirmativa al mensaje del paciente, su actitud analógica o corporalmente muestra que lo ignora.

De lo que pude observar en general los médicos no descalifican frontalmente al paciente por ser tal, existiendo salvedades en algunos casos específicos. El tiempo que el médico tiene para cada paciente coincidió plenamente con el resultado de la entrevista, es decir, es insuficiente, cinco minutos no son suficientes para saber en realidad como está el otro.

En el caso de enfermeras y auxiliares pude observar también una comunicación ambigua e incongruente como se ejemplificó arriba para con el paciente, descalificándolo a menudo con la actitud, restando importancia a lo que tiene para decir, por el hecho de que es un paciente, se le toma por “loco” y por tanto lo que expresa “no es en serio, o no es verdad”, su actitud suele ser en algunos casos también defensiva, el prestarles una atención real significaría para ellas un trabajo extra y su política parece ser la del mínimo esfuerzo, no dándole el tiempo suficiente para contestar cualquier pregunta o atender a alguna necesidad manifestada.

Con respecto al personal administrativo observé que no tiene un contacto tan cercano con el paciente que se comunican con mayor claridad sin descalificar al emisor, pero si respondiendo de manera muy puntual.

No tuve oportunidad de ver a muchas familias visitantes, pero de aquellas que vi puedo decir que suelen hablarle de forma ambigua al interno con el afán de darle ánimos, esperanza de que se pondrá mejor, que saldrá pronto, etc.; aunque sepan que esto no será así necesariamente prefieren creerlo. Pude observar también una incongruencia entre la comunicación verbal y la gestual, mientras el familiar pretende dar ánimos, no abandona la cara de lástima.

La visita del familiar produce en el paciente una gran expectativa, no sólo por que siente que alguien se interesa por él, sino por que supongo también existe la esperanza de que su familiar le puedan decir algo más sobre su propio proceso, que el médico no le ha dicho. El médico es más claro cuando habla con el familiar, entre otras cosas por que es con él con quien se ha establecido un contrato y a quien tiene que darle cuentas. Sin embargo, el visitante nunca expresa la misma alegría que el paciente, más allá del pronóstico que el médico le haya comunicado, la realidad hospitalaria siempre es algo triste.

El paciente por otro lado se siente confundido por que no sabe si los mensajes de aliento son reales luego de la comunicación con el doctor, o si son falsas esperanzas, duda de la palabra del familiar o más allegado también por el antecedente de traición, abandono que sintió cuando fue ingresado.

Los pacientes en general no evitan comunicarse, en ocasiones, cuando se comunican, lo hacen de forma ambigua e incongruente, lo que puede responder a los síntomas mismos de la enfermedad como el delirio, la alucinación, etc.

Con respecto al ambiente del hospital puedo decir que las instalaciones se encuentran en muy buen estado, hay verdes jardines llenos de flores, canchas para realizar deportes, y demás; sin embargo, el ambiente no es cálido desde

mi percepción ya que se ve vacío, reina el silencio, cada persona ocupa un lugar específico desde su rol y no hay mucha comunicación activa.

3.3 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

A partir de observaciones realizadas en el hospital psiquiátrico, describiré a continuación cómo el espacio, objetos, tiempo, actividad, control sobre el cuerpo, se distribuyen o administran dentro de la institución psiquiátrica, así como las posibles consecuencias directas que este manejo tiene sobre la identidad del interno.

Todos los espacios dentro del hospital son comunes, compartidos, abiertos, no existe ningún tipo de privacidad; son también espacios principalmente carentes de objetos, vacíos, y los objetos existentes son colectivos también.

Amplios espacios, tumbados altos, paredes de pálidos y fríos colores sin ningún tipo de decoración, largos pasillos donde hay una puerta tras otra, todas cerradas, pequeñas salitas con un par de sillones de tapiz oscuro y liso que parecen no haber sido usados y cuyo entorno no acoge, no invita a sentarse. Puestos de enfermería vacíos, teléfonos que no suenan, o que si lo hacen repican sin respuesta. Pacientes que deambulan con la mirada baja, otros que parecen tener prisa, que realizan el mismo recorrido una y otra vez en un vaivén infinito, enfermeras o auxiliares vestidas de blanco entero de rollizos cuerpos, con papeles en la mano que desaparecen por los pasillos.

Los cuartos son comunes y las camas, a pesar de ser lo único que puede reconocerse como propio, son todas iguales y se encuentran dispuestas en largas hileras, lo que no permite tampoco un espacio íntimo.

La falta de un espacio y una propiedad o posesión privada dificulta, por no decir imposibilita, la organización del yo y el mantenimiento de la identidad

personal, pues para ello es necesario un espacio mínimo vital, en palabras de Moffatt la “burbuja-personal”. “[...] nuestra identidad está proyectada en los objetos que poseemos, hasta qué punto somos también lo que poseemos, cómo necesitamos proyectar partes del yo en los objetos que nos rodean y sobre los cuales ejercemos ese ancestral “ejercicio de la propiedad””.⁴⁴

En la institución el tiempo y las actividades están dispuestas en un horario fijo por el personal del hospital; el horario está programado de la noche a la mañana, de lunes a viernes y fines de semana también, por lo que el interno dispone de poco tiempo libre, en el sentido de poder llevar a cabo actividades de su elección y ese tiempo también es vigilado.

Los pacientes reciben de forma regular medicación, muchos de ellos no conocen cuál es el efecto de la misma o, por decirlo de otro modo, para qué en concreto sirve cada una de las pastillas, gotas o inyecciones aplicadas. No pueden cuestionar al doctor o auxiliar con respecto a su administración, menos negarse a tomarla.

La administración constante de medicamentos que producen en los pacientes efectos secundarios, les da nuevamente la sensación de que no tienen un control ni sobre su propio cuerpo, lugar principal para la expresión del yo.

Como se ha descrito ya anteriormente en el marco teórico la esquizofrenia se caracteriza por un debilitamiento de yo. Por ende el tratamiento de la institución debería estar centrado en la definición de límites de este yo, lo que se logra como hemos visto a través de la destriangulación del sujeto.

En la institución sin embargo puede observarse que dicha triangulación permanece, aunque el triángulo se compone de distintos actores, el paciente se encuentra en una nueva triangulación entre la institución y la familia.

⁴⁴ MOFFATT Alfredo, *Psicoterapia del Oprimido*, editorial ECRO, Buenos Aires, 1974.pág.29.

Se reproduce una relación simbiótica, donde el rol de madre pasa a la institución, el paciente pasa a ser uno con ésta, el hospital viene a cumplir el rol dominante y la familia ocupa un rol secundario, pasivo ya que no se encuentra en posibilidad de intervenir en el tratamiento de su pariente.

Entonces el paciente se encuentra sólo y traicionado por quien había considerado su cómplice: en el caso de la institucionalización, hablamos de su familia, que cumplía el rol de *la persona más allegada* y se llena de una mezcla de sentimientos, la tristeza por haber sido engañado, internado, la impotencia y rabia de no haber poder cambiar la situación, convirtiéndose para él en una situación relacional insostenible, que reproduce entonces el *impasse* que vivía en su familia cuando se encontraba en la etapa de prepaciente.

En la teoría relacional sistémica una parte fundamental del tratamiento es el trabajo con la familia, donde se dio inicio a la patología pero dentro del hospital se trabaja únicamente con el interno, obstruyendo la posibilidad de sanar dichas relaciones familiares y por tanto de sanar al paciente.

Como se explicó en páginas anteriores también dentro del marco teórico, el hecho de asumir el rol de enfermo que fue adjudicado por la familia en un inicio da como resultado un peor pronóstico para el paciente, y dentro de la institución se ha observado que es imposible negarse a asumir dicho rol ya que constantemente el personal y el ambiente de la institución le recuerdan por qué motivo se encuentra allí para facilitar la tarea.

Cuando los padres acuden a un psicólogo o terapeuta profesional y se corrobora su diagnóstico, si el hijo acepta el mismo su enfermedad puede llegar a ser crónica mientras que sí lo niega, convirtiéndose él en el “acusador” existe un mejor pronóstico de la enfermedad.

En estas familias, el triádico acepta fácilmente la proyección y la nueva designación de “paciente”, y el contrato operante entre la familia y el

psiquiatra es aquel en virtud del cual éste asume su responsabilidad por el producto final del prolongado proceso de la proyección familiar. Son remotas las posibilidades de modificar el proceso familiar. En otras familias, “el paso” es más grande; el triádico se opone a su diagnóstico y designación de “paciente,” y si el psiquiatra evita ponerse de lado de los padres en la proyección, el pronóstico es más favorable para la modificación del proceso familiar.⁴⁵

Como se corroboró a través del instrumento de observación en las relaciones dentro del hospital y su ambiente se genera una incongruencia entre la comunicación digital y analógica con la que se producen mensajes contradictorios favoreciendo el llamado “doble vínculo”.

El paciente no puede cuestionar la labor de los profesionales que trabajan en la institución psiquiátrica, imposibilitando una meta comunicación que fortalecería al yo; el hacerlo, el criticar, le traería como consecuencia un castigo, no ya la amenaza del retiro del amor por parte de la madre como se producía fuera, en la familia, pero sí el retiro de algún privilegio como puede ser un permiso temporal fuera del hospital. “Un individuo tomará literalmente un enunciado metafórico cuando se encuentra en una situación en la que tiene que responder de alguna manera, en la que se enfrenta con dos mensajes contradictorios y cuando es incapaz de comentar las contradicciones”⁴⁶

En las instituciones totales, en este caso particular el hospital psiquiátrico, envuelve al interno y su yo se funde con la institución, donde por otro lado la interacción en el ambiente es escasa, repitiendo lo que sucede en el núcleo familiar del que proviene, donde el yo del sujeto se encuentra difuminado en una masa de yoica constituida por toda la familia. Donde la relación

⁴⁵ BOWEN, Murray, *La terapia familiar en la práctica clínica*, Editorial Desclee de Brouwer, volumen I, Bilabao-España, 1978, p 131.

⁴⁶ BATESON, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente*, Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires- Argentina, 1976. p.238

simbiótica madre-hijo se rige por los ciclos de proximidad distancia: “En la familia esquizofrénica *hay escasez de interacción y una excesiva vinculación*”⁴⁷

En el capítulo referente a la constitución o construcción del yo, vimos que este se forma a través de las interacciones sociales en un primer momento dentro de la familia y luego va reafirmandose en otras relaciones sociales fuera del núcleo. El yo por tanto se hace palpable en la interacción, es por medio del otro, de la relación como podemos obtener un reflejo, una imagen de nosotros mismos que reafirma nuestra identidad y la falta o disminución de la interacción trae como consecuencia directa el debilitamiento de la misma.

Por otro lado el ambiente vacío del hospital, la falta de interacción y el tipo de comunicación ambigua que se genera dentro desconfirman constantemente al sujeto, hacen caso omiso de la proyección de su yo, la ignoran, que es lo que a menudo ocurre relacionalmente para la formación de una esquizofrenia:

“No podría idearse un castigo más monstruoso, aun cuando ello fuera físicamente posible, que soltar a un individuo en una sociedad y hacer que pasara totalmente desapercibido para sus miembros (William James, 88, pág.89). No cabe duda que tal situación llevaría a la “pérdida de la mismidad”, que no es más que una traducción del término “alienación”.⁴⁸

En la etapa de paciente descrita por Goffman vimos como el ingreso a una institución psiquiátrica genera inmediatamente una ruptura con el mundo externo, con las relaciones allí establecidas, con el trabajo, etc., en general

⁴⁷ ANDOLFI, Maurizio, ZWERLING, Israel, *Dimensiones de la terapia familiar*, Paidós, 2da. reimpresión, Barcelona – España, 1993, p.157.

⁴⁸ WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet, JACKSON, Don D., *Teoría de la comunicación humana*, editorial Herder, Barcelona- España, 2002.p87.

con la vida cotidiana, lo que implica un despojamiento del rol social, que igualmente permitía el mantenimiento del yo.

En la teoría temporal del psiquismo descrita por Moffatt se explica la importancia de poder poblar el presente para poderse proyectar al futuro lográndose así una continuidad del yo en el tiempo, pero en un ambiente vacío se dificulta poblar este presente y el hecho de que los pacientes no conozcan cuanto tiempo permanecerán internos imposibilita dicha proyección .

A través de las entrevistas aplicadas a los pacientes que conforman la muestra de esta investigación se puede observar que la percepción que los internos tienen de la institución no es favorable, son críticos en cuanto al control que se ejerce sobre ellos, sienten una marcada falta de libertad lo que se evidencia en su sueño del salir y retomar las riendas de su vida.

Aunque los resultados que arrojan los instrumentos de investigación aplicados confirman la tesis de que dentro de la institución psiquiátrica no se dan las condiciones para el fortalecimiento y reconstrucción del yo, considero que las entrevistas realizadas a los pacientes no muestran la totalidad de la dura realidad por ella vividos, considero a partir de lo observado que esta realidad expresada está de algún modo maquillada por esta “tendencia al autorespeto” descrita por Goffman y quizá por miedo a represalias que pudiera tomar la institución. “[...] historias algo más sólidas que la fantasía y algo más débiles que la realidad”⁴⁹

Me atrevo a realizar la anterior afirmación por que muchos de los pacientes al enfrentarse con las primeras preguntas de la entrevista – cuestionario se preguntaban por el propósito de la misma, y en conversaciones más informales o testimonios mostraban una realidad más cruda.

⁴⁹GOFFMAN, Ervig, *Internados*, Amorrortu editores, Buenos Aires-Argentina, 2001.p157.

A partir del análisis de los resultados obtenidos en esta investigación se confirma la veracidad de la hipótesis planteada, el proceso de institucionalización dificulta tanto el mantenimiento como la reestructuración o reorganización del yo en el paciente con esquizofrenia.

Una vez realizada la presente investigación me atrevo a recomendar los siguientes cambios con el objetivo de que la institucionalización aporte de manera positiva a la reorganización del yo en el paciente con esquizofrenia:

Brindar al interno la posibilidad de tener un espacio más íntimo en el cual pueda tener también pertenencias, lo que de alguna manera permitiría una recreación de su espacio en el “afuera” y con esto la opción de reconocerse.

Procurar una comunicación más clara y congruente tanto por parte del personal que integra la institución como de la familia del paciente en la vida cotidiana en general y particularmente considero importante dar al paciente más información acerca de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, tiempo de hospitalización, etc. dándole así la oportunidad de tener algún tipo de participación en aquello que está atravesando y mayor control de su propio cuerpo, esta participación más activa rompería esta díada, simbiosis, triangulación facilitando la delimitación y proyección al futuro del yo.

Promover la construcción y mantenimiento de vínculos del paciente tanto los que se establecen dentro de la institución como con la familia y amistades que estos últimos no estén presentes únicamente como visitas sino que formen parte activa del proceso del paciente participando de las terapias.

Flexibilizar los horarios de la institución y ofrecer al interno una mayor cantidad de opciones en cuanto a actividades a realizar diariamente y la opción de escoger las mismas.

Para poder llevar a cabo las anteriores recomendaciones se deberán analizar varios factores como por ejemplo los recursos con los que la institución

cuenta, el compromiso que puede existir en la familia para con el proceso, tratamiento y seguimiento del paciente, las condiciones en que está trabajando el personal hospitalario, entre muchas otras que podrían ser analizadas en otra investigación que comparta este deseo de procurar un mayor bienestar para el interno, mayores probabilidades de mejorar la su salud psíquica o dentro de la enfermedad brindar un mejor en el estilo de vida.

Conclusiones y Recomendaciones

“Después de las comidas, después de limpiar las mesas, el comedor, de pasar los platos, tengo libre hasta las dos y media o tres”

De acuerdo a los dos primeros objetivos que he planteado que son el describir el tipo de comunicación en las relaciones que se producen dentro de la institución, y el analizar si el ambiente hospitalario facilita o dificulta la reconstrucción del yo de los pacientes con esquizofrenia, se concluye lo expuesto a continuación.

A través de la presente investigación podemos observar que las relaciones que se producen dentro de la institución psiquiátrica, todas ellas, tienen un patrón común en lo que a comunicación se refiere.

Al hablar de las relaciones que se dan en la institución hablo de la relación entre médico, auxiliares, enfermeras, familiares, pacientes, ambiente o entorno con el paciente designado que forma parte de la muestra entrevistada.

El tipo de comunicación que nos encontramos dentro de esta institución total, hospital psiquiátrico, es una comunicación incongruente, una comunicación en donde choca lo digital con lo analógico, es decir, donde lo verbal y lo no verbal no se corresponden, se contradicen.

La comunicación incongruente nos habla a la vez de una comunicación ambigua, lo que quiere decir que los mensajes que se emiten más allá de su forma de materialización o expresión (verbal, gestual), no son claros,

reproduciéndose el modelo de relación doble vincular presente en la familia generadora de esquizofrenia.

Como se ha expuesto a lo largo del texto en la teoría relacional sistémica la comunicación que en definitiva da cuenta de la relación, juega un rol fundamental en la formación del yo y mantenimiento del mismo. Lo que quiere decir que una comunicación sana, clara, congruente es condición fundamental para un yo sano, definido, fuerte, y por el contrario una comunicación con las características antes expuestas no favorece la delimitación del yo, en realidad aporta significativamente a su debilitamiento.

Con respecto al tercero de los objetivos que es el conocer cuál es la percepción que el paciente tiene de la institución y del tratamiento, se observa lo siguiente.

Los resultados de la entrevista aplicada a la muestra seleccionada de pacientes del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón nos permite conocer cual es la visión que los internos tienen de la misma.

Los pacientes entrevistados sienten que su libertad a partir del ingreso a la institución ha sido coartada, piensan que las reglas del hospital son rígidas y que esto nos les permite poder tener un control sobre sí mismos: no pueden administrar sus tiempos, escoger sus actividades, no tienen la privacidad que les gustaría.

Muchos sienten que sus peticiones no son atendidas, que no se les presta la atención que requieren, que el personal del hospital, es decir, médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, no les hablan con bastante claridad, muchos de ellos incluso desconfían del mismo.

Cuando se les pregunto sobre si conocen cuanto tiempo más permanecerán en el hospital, además de responder de forma negativa muchos expresaron su

deseo de salir, de reconstruir sus vidas, sus sueños a futuros se encuentran en el afuera.

BIBLIOGRAFÍA

ANDOLFI, Maurizio, ZWERLING, Israel, *Dimensiones de la terapia familiar*, Paidós, 2da. reimpresión, Barcelona – España, 1993.

BATESON, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente*, Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires- Argentina, 1976.

BLEGER José, *Simbiosis y ambigüedad*.

BOWEN, Murray, *La terapia familiar en la práctica clínica*, Editorial Desclee de Brouwer, volumen I, Bilabao-España, 1978,

FOUCAULT Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, Tercera reimpresión, Santafé de Bogota – Colombia, 2000.

GOFFMAN Erving, *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores, Buenos Aires – Argentina, 2001.

GUERRERO A. Patricio, LA CULTURA, *Estrategias conceptuales para entender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia*,

MOFFATT Alfredo, *Psicoterapia del Oprimido*, editorial ECRO, Buenos Aires, 1974.

RICO BOVIO Arturo, *Las fronteras del cuerpo, crítica a la corporeidad*, ediciones Abya-Yala, Quito-Ecuador, 1998.

SANCHÉZ Ménthor, *Poder y Locura*, editorial Abya-Yala, Quito, 1997.

SATIR, Virginia, *Nuevas relaciones en el núcleo familiar*, editorial Pax México, México DF – México, s/a.

SELVINI, Mara, CIRILLO, Stefano, SELVINI, Mateo, SORRENTINO, Ana Maria, *Los juegos psicóticos en la familia*, Paidós, Barcelona-España, 1990

TAYLOR S. J., BODGAN R., *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, editorial Paidós, Barcelona – España, 1edición 1987.

WATZLAWICK, Paul, BEAVIN, Janet, JACKSON, Don D., *Teoría de la comunicación humana*, editorial Herder, Barcelona- España, 2002.

Anexos

GUÍA DE ENTREVISTA

Nombre paciente:

Tiempo de hospitalización:

				Si	No
El paciente llegó voluntariamente al hospital					
Fue ingresado en contra de su voluntad					
El paciente sabe su diagnóstico					
Conoce quien es su médico tratante					
Recibe visitas diarias del médico tratante					
Las visitas del tratante duran en minutos	5	15	30		
Su tratante le ha dicho cuanto tiempo permanecerá en el hospital					
Si tiene alguna necesidad o molestia es atendido rápidamente					
Las enfermeras o auxiliares le han informado de reglas o normas					
Siente que es bien tratado por el personal del hospital					
Sabe cual es su habitación					
Siente privacidad en su habitación					
Tiene objetos de aseo propios (jabón, cepillo, etc.)					
Tiene objetos personales propios (libros, ropa, aparatos)					
Tienes acceso al baño cuando lo necesita					
Tiene espacios recreativos					
Tiene un horario de actividades en su sección					
Se respeta el horario de actividades					
Tiene tiempo libre “suyo” en su sección					
Puede realizar llamadas telefónicas					
Tiene visitas de familiares o amistades					
Tiene permisos temporales fuera del hospital					
Se le permite tener amistades dentro del hospital					
Se le obliga a mantener actividades que no desea en el hospital (misa, deportes, etc.)					

Siente que el personal se comunica con claridad con usted		
Confía en el personal del hospital		
Siente que se encuentra mejor de salud con el tratamiento del hospital		
Conciente		
Orientado		

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Nombre paciente:

Tiempo de hospitalización:

Comunicación con el paciente

	Evitan Comunicarse		Se comunican ambiguamente		Descalifican al Emisor		Tiempo Insuficiente		Incongruencia Digital-Analógica	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Médicos										
Enfermeros/as										
Auxiliares										
Personal Adminis.										
Familiares										
Pasantes										
Otros pacientes										
Ambiente										

