

**CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDAD EN ADULTOS MAYORES
DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA EN DOS INSTITUCIONES DE LA
CIUDAD DE BOGOTÁ: LAS VOCES DE QUIENES HAN SIDO OLVIDADOS**

VALENTINA MONROY PRIETO

Programa de Psicología

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

ÁREA DE SALUD, CONOCIMIENTOS MÉDICOS Y SOCIEDAD

LÍNEA DE SALUD MENTAL, CONFLICTO Y VIOLENCIA

CARLOS IVAN MOLINA BULLA

Tutor

BOGOTÁ,

2021

Agradecimientos

El presente trabajo está dedicado principalmente a las personas que hicieron parte de la investigación, que me regalaron varias tardes de su vida en aquellos hogares, para conversar conmigo, responder mis preguntas, permitirme indagar en sus vidas, en su infancia, su familia y relaciones más personales. Pues gracias a estas conversaciones logre comprender un poco más sobre cómo es vivir con un diagnóstico como la esquizofrenia, sobre la vejez y las relaciones vinculares que fueron construyendo a lo largo de su vida.

A Cristina y a Nubia por abrirme las puertas de los hogares, por haberme dado la oportunidad de conversar y adentrarme en estas instituciones, responder mis preguntas y dudas que surgían en el camino y sobre todo por confiar en mi trabajo y en mi investigación.

A mi tutor de tesis, por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo para obtener mi titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente.

A mi familia y futuros colegas, gracias infinitas por apoyarme no solo en este proceso de tesis, sino en la vida y toda la carrera Universitaria.

-Valentina Monroy Prieto

Contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Identidad de la investigación	3
Consideraciones teóricas sobre la esquizofrenia	7
Consideraciones teóricas sobre la identidad	9
Marco metodológico de la investigación	12
Capítulo 1: Historia de una esquizofrenia: Las voces de quienes han sido olvidados	16
1.1 Las Instituciones: Lo privado y lo público.	16
1.2 Rescatando la experiencia de los individuos	18
1.3 El relato identitario desde una mirada sistémica	25
1.4 Autopercepción: El diagnóstico y el estigma social como factores influyentes en las trayectorias de vida de los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia	28
Capítulo 2: Aspectos identitarios de los adultos mayores institucionalizados y diagnosticados con esquizofrenia	34
2.1 Contexto familiar y social	36
2.2 Relaciones vinculares	42
2.3 Infancia, juventud y aspectos significativos.	45
Capítulo 3: La esquizofrenia y la vejez	50
3.1 La institucionalización	50
3.1.1 Aspectos cognitivos	51

3.2 Las condiciones de la vejez en las instituciones de cuidado e identidad: Redes de apoyo, vínculos, relaciones y cotidianidad	54
3.3 La salud mental en Colombia, desde el hogar privado Santa teresa de Jesús y el hogar geriátrico público San Pedro Claver.	61
Capítulo 4: Conclusiones finales	65
4.1 Limitaciones y recomendaciones	67
Referencias bibliográficas	69
Anexos	74
Anexo 1. Matriz	74
Anexo 2. Definición de categorías	75
Categorías iniciales	75
Categorías emergentes	78
Anexo 3. Cartografía del cuerpo	81
Anexo 4. Líneas de tiempo	82

Resumen

La presente investigación tuvo como principal interés identificar cómo los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia construyen su propia identidad, a través del relato identitario. El objeto de estudio fue una población de 13 adultos mayores (9 hombres y 4 mujeres) de ambos sexos entre los 55 y 94 años, diagnosticados con esquizofrenia e institucionalizados en dos hogares geriátricos diferentes de la ciudad de Bogotá.

Esta investigación es de tipo cualitativa-descriptiva, planteada bajo las premisas que propone el paradigma sistémico construccionista de la complejidad. Para el desarrollo de los objetivos se utilizó como técnica de investigación principal, la historia de vida a través del relato identitario como construcción narrativa, con el fin de lograr identificar los sentidos y significados que se atribuyen a través de las mismas narrativas.

Para la sistematización de la información y el análisis de esta se utilizó la técnica de análisis de contenido. Los resultados fueron abordados desde un análisis categorial, donde se relacionaron los constructos: identidad y autopercepción (descripciones de sí mismo, significados, diversas voces y experiencias, cultura, vínculos y eventos significativos).

Los resultados y conclusiones se fundamentan en el concepto de identidad desde el marco multidisciplinar y desde el enfoque sistémico para comprender los significados que se construyen a través de las narrativas y la co-construcción de estos sobre las experiencias de vida de los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia e institucionalizados, desde la interacción con los otros, la concepción de sí mismos y de los otros hacia el diagnóstico, encontrando que la identidad es construida por sí mismos en relación con los otros y las experiencias dadas en el medio en el que está inmerso el sujeto.

Palabras clave: Identidad, Construcción, Adultos mayores, Esquizofrenia, Narrativas.

Abstract

The present investigation was interested in identifying how older adults diagnosed with schizophrenia are able to construct their own identity, through the identity story. The object of study was a population of 13 older adults (9 men y 4 women) of both sexes between 55 and 94 years, diagnosed with schizophrenia and institutionalized in two different geriatric homes in the city of Bogotá.

This research is of a qualitative, quasi-experimental type, raised under the premises proposed by the systemic constructionist paradigm of complexity. For the development of the objectives, life history or biographical stories were used as the main research technique in order to identify the meanings and meanings attributed through the narratives.

For the systematization of information and its analysis, the content analysis technique was used. The results were approached from a categorical analysis, where the constructs were related: identity and self-perception (self-descriptions, meanings, diverse voices and experiences, culture and body image).

For the conclusions, the concept of identity was retaken from the multidisciplinary framework and from the systemic approach to understand the meanings that are constructed through the narratives and their co-construction on the life experiences of older adults diagnosed with schizophrenia, from the interaction with others, the conception of themselves and others towards diagnosis, finding that identity is built by themselves in relation to others and the experiences given in the environment in which the subject is immersed.

Keywords: Identity, Construction, Older adults, Schizophrenia, Narratives.

Introducción

Identidad de la investigación

Los trastornos mentales son alteraciones que afectan los procesos psicológicos, generando dificultades para la adaptación al medio social y cultural de las personas que los padecen. Dentro de los trastornos mentales se encuentra la esquizofrenia que, según el DSM-5, se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos los cuales se asocian con la aparición de ideas delirantes y alucinaciones que causan deterioro de la realidad y ausencia de conciencia; estos síntomas afectan la parte cognitiva y emocional de la persona, esto con relación a sus capacidades de pensamiento, comunicación, comportamiento, entre otros (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2017).

En Colombia, según el boletín de prensa número 335 del 2013 del Ministerio de Salud, se estima que la prevalencia de la esquizofrenia en el país es del 1%, es decir que, aproximadamente 471.052 personas en todo el territorio nacional padecen dicha enfermedad mental, cuyas manifestaciones clínicas inician en la adolescencia o adultez temprana. Por lo anteriormente mencionado, es que la esquizofrenia es considerada la decimoséptima causa de años perdidos por discapacidad en todo el mundo, encontrando que “tiene una prevalencia a lo largo de la vida del 1% y anual del 1,4 al 4,6 por 1.000 habitantes y una incidencia entre 0,16 a 0,42 casos por 1.000 habitantes”. (Ministerio de Salud, 2013, pág. 48).

Partiendo del contexto anteriormente expresado y los antecedentes investigativos revisados, se puede dar cuenta que dentro de la disciplina psicológica se ha trabajado constantemente sobre las repercusiones de la esquizofrenia en la identidad de las personas que la padecen, a través de estudios de tipo cuantitativo, cualitativo y revisiones teóricas, esto principalmente en población joven-adulta, teniendo en cuenta características como la

memoria autobiográfica, las narrativas identitarias, los rasgos relacionados con el autoconocimiento, la autopercepción, la estigma social, las relaciones y roles sociales.

Frente a esto, la presente investigación surge a partir de la escasa información que se encontró sobre el trastorno con población de adultos mayores, planteada desde un enfoque sistémico y en relación con la identidad de esta población, puesto que lo que se encontró principalmente en las investigaciones sobre esquizofrenia en adulto mayor abarcan el tema del trastorno mental en una etapa tardía desde una metodología cuantitativa-estadística, haciendo una descripción de síntomas desde la psiquiatría. Asimismo, dentro del marco de esta indagación se encontró que existen vacíos respecto al estudio de la autopercepción en el sujeto diagnosticado con esquizofrenia ya que existe el prejuicio de que estas personas no son capaces de evaluarse a sí mismos por el deterioro cognitivo asociado.

Como parte de este argumento, de acuerdo con Ochoa Et al, (2011):

[...] existen pocos estudios que valoren la visión del estigma de quien padece la enfermedad, puesto que existe el prejuicio de que no son capaces de evaluar su propia situación personal debido a al deterioro cognitivo. La visión subjetiva del que padece la enfermedad en cuanto a cómo es percibido por los otros, especialmente los más próximos, y sobre su enfermedad, influirá directamente en su integración en la comunidad a todos los niveles: vivienda, relaciones sociales, trabajo, etc. Por este motivo, se necesitan hacer estudios para determinar la percepción del estigma social de la persona y así realizar programas de intervención adecuados para dotar al sujeto de recursos y estrategias de afrontamiento ante estas situaciones estigmatizadoras (Ochoa, Et al, p. 479).

Asimismo, según Carrasco Et al, (2011):

Tradicionalmente, la inmensa mayoría del esfuerzo científico y asistencial dedicado a la esquizofrenia ha estado orientado al segmento más joven de población que la padece. Algunos autores han estimado que el 90% de los trabajos sobre esquizofrenia excluye a la población mayor de 65 años... Los pacientes con esquizofrenia envejecen tradicionalmente en los hospitales psiquiátricos, y su condición permanecía ignorada. [...]”. (Carrasco, Et al, p. 6)

Los estudios que se encontraron sobre percepción del estigma social en personas con esquizofrenia, donde se tenía como objeto principal analizar la percepción sobre el trastorno que tienen las personas que la padecen, abarcan la reivindicación y la estigmatización del sujeto viviendo con la enfermedad, la importancia de la familia y el apoyo social en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Por esto, es importante para la construcción de identidad del sujeto entender el contexto y relaciones interpersonales allí entabladas.

Sin embargo, al tener un diagnóstico de trastorno mental, puede cambiar el concepto de la persona y cómo se percibe a sí mismo el individuo y, como consecuencia, las conductas se pueden manifestar de distintas formas a la hora de relacionarse. De esta manera, Marino (2012) afirma:

La importancia del concepto de persona es que permite entender la conducta y, para el caso, el síntoma en función de quien lo tiene porque, curiosamente, la conducta, y el síntoma, son de alguien. El punto es percibir esta articulación entre la persona y la conducta de esa persona. Siendo así, la noción de persona tiene que hacerse cargo de ese doble aspecto, por un lado, la persona como entidad que trasciende cada acción y, por otro, la acción en la que se resuelve continuamente la persona...]” (Marino, 2012, p. 115).

Es así como, a partir de los antecedentes encontrados, surge la pregunta problema que guio esta investigación: ¿Cómo los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia pueden construir su propia identidad personal a través del relato identitario? Esta pregunta surge precisamente por la necesidad de identificar la manera en que los adultos mayores institucionalizados y diagnosticados con esquizofrenia en la ciudad de Bogotá logran dar cuenta de su identidad a través de la conversación narrativa, partiendo de reconocer el prejuicio que se tiene hacia esta población al creer que no son capaces de evaluarse a sí mismos por el deterioro que representa este trastorno y por tratarse de personas de la tercera edad, sabiendo que quien padece de esquizofrenia tiene una alteración de la realidad y, por ende, puede no tener la capacidad de desempeñarse dentro de los parámetros que la sociedad tiene establecidos. La persona diagnosticada con esquizofrenia debe iniciar un proceso en la construcción de su identidad y la forma en cómo se percibe a sí misma, teniendo en cuenta el nuevo contexto dentro del cambio de realidad, lo cual supone modificaciones que afectan sus vivencias cotidianas y la forma cómo se enfrenta a las mismas.

En consecuencia con lo anterior y con el objetivo general propuesto desde la pregunta de investigación, también se pretendió describir los factores que emergen en la construcción del relato identitario propio y de otros con relación al diagnóstico, los síntomas y las experiencias significativas de adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia, esto propiamente en contextos institucionales en la ciudad de Bogotá (Hogar Geriátrico público San pedro Claver y el Hogar Geriátrico privado Santa Teresa de Jesús.). Asimismo, con el propósito de comprender lo anteriormente mencionado, se buscó comparar las diferencias entre la construcción de identidad entre los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia con quienes se trabajó en estos dos espacios y analizar cómo los sentidos y significados emergen en la construcción de la identidad y pueden verse alterados o modificados a partir del diagnóstico de esquizofrenia y su misma vivencia.

Otras de las preguntas que encaminaron la investigación, a la hora de desarrollar los objetivos, fueron: ¿Qué tan importante es el contexto social y familiar a la hora de construir la identidad? ¿La salud mental en Colombia predispone de los recursos o medios suficientes para llevar a cabo el tratamiento de esta enfermedad? ¿Existe un cambio de realidad en el sujeto a partir del diagnóstico?

Finalmente, en relación con lo anterior, es importante mencionar que este proyecto de investigación sufrió algunos cambios a lo largo de su desarrollo, principalmente en cuanto a la metodología, puesto que no se había definido una población específica más allá del diagnóstico y al momento de la práctica se encaminó exclusivamente a adultos mayores institucionalizados, lo cual generó una perspectiva diferente y emergente del trastorno en la investigación que llevó a una aproximación a las trayectorias en contextos sociales e institucionales diferentes y a una búsqueda de información y antecedentes más amplia hacia esta población, generando ajustes en los instrumentos que se utilizaron y en la manera de entender como las distintas historias se hayan vinculadas a recursos económicos, afectivos, sociales y de salud en los dos contextos consultados, el primero de ellos de índole privada y con los recursos necesarios de atención en salud para la población, mientras que el segundo es un hogar de beneficencia con mayor afluencia de adultos mayores y realidades.

Consideraciones teóricas sobre la esquizofrenia

De acuerdo con el National Institute of Mental Health (2015), la esquizofrenia se define como un trastorno crónico que afecta de manera considerable la manera de actuar, de pensar y de sentir de las personas que la sufren. Aunque es menos común que otro tipo de trastornos mentales, las consecuencias que genera para la autopercepción de la persona y la forma en que se relaciona con el entorno y se adapta a la sociedad son totalmente graves, pudiendo incluso llevar a condiciones de incapacidad. En cuanto a cifras concretas que

permitan reconocer la incidencia de esta enfermedad, entre 7 y 8 personas de 1000 pueden desarrollar el trastorno en algún momento de la vida.

Asimismo, los trastornos del espectro de la esquizofrenia según el DSM-5, son definidos como “anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.” (DSM, 2014, p. 87).

La sintomatología de esta enfermedad está caracterizada por síntomas negativos que incluyen conductas normales y los síntomas positivos que se refieren a experiencias anormales. Dentro de los síntomas negativos se encuentran la falta de motivación, lo cual conlleva a que la persona no pueda desarrollar una vida social definida como normal; también se puede experimentar depresión, falta de autoestima y de confianza en sí mismo, además, del retraimiento social o autoexclusión. Todo esto debido a que la persona que tiene la enfermedad se aísla socialmente por la hipersensibilidad que experimenta (Fornés, 2011). de este mismo modo, dentro de los síntomas negativos, se puede decir que principalmente se afecta la conducta, la cognición por la falta de atención y fallos de memoria y las emociones, ya que se da una dificultad para expresar lo que se siente.

En relación con los síntomas positivos también se encuentran las alucinaciones, las ideas delirantes, el pensamiento desorganizado y la dificultad de diferenciar la percepción de lo real y lo imaginario. Esto significa entonces que por un lado, las alucinaciones pueden ser entendidas como percepciones donde se siente, se escucha o se ve cosas que se originan en el interior del cerebro y estas se vivencian como reales sin serlo, mientras que, por otra parte, las ideas delirantes se caracterizan por ser creencias falsas o ilógicas, estas pueden ser de persecución, de grandeza, somáticas o de perjuicio, por último, las alteraciones en el pensamiento se caracterizan por la pérdida de la capacidad para asociar las ideas, estas

pueden ser incoherentes y no tener conexiones entre sí. (Taborda, Montoya y Gómez, 2017). También se evidencian trastornos de la autopercepción, ya que hay una distorsión del sí mismo, así como trastornos del pensamiento, ya que el pensamiento llamado lógico está alterado por el deterioro del funcionamiento cerebral (Selma, 2008).

Actualmente, la esquizofrenia se comprende como un trastorno mental grave que afecta aproximadamente a más de 21 millones de personas en todo el planeta y el cual “se caracteriza por la distorsión del pensamiento, las percepciones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta” (OMS, 2020). Por lo tanto, se considera a la esquizofrenia como una psicopatología que afecta el desempeño educativo y laboral de las personas. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud afirma que las personas con un trastorno relacionado con el espectro de la esquizofrenia tienen entre 2% y 2,5% mayor probabilidad de fallecer a una edad temprana, en comparación con el resto de la población mundial, debido a enfermedades físicas, cardiovasculares, metabólicas o infecciosas (OMS, 2020).

Consideraciones teóricas sobre la identidad

Cuando se habla de la identidad de un sujeto individual o colectivo hacemos referencia a procesos que nos permiten asumir que ese sujeto, en determinado momento y contexto, es y tiene conciencia de ser él mismo, y que esa conciencia de sí se expresa -con mayor o menor elaboración- en su capacidad para diferenciarse de otros, identificarse con determinadas categorías, desarrollar sentimientos de pertenencia, mirarse reflexivamente y establecer narrativamente su continuidad a través de transformaciones y cambios (Tajfel, 1981).

Desde la disciplina psicológica existen diversas maneras de comprender la identidad en personas diagnosticadas con esquizofrenia, principalmente se resalta en primer lugar el modelo contemporáneo de la psicología reduccionista, en el que se comprende la identidad

como una “simple conexión psicológica y de la cual no existe una entidad independiente o hecho que constituya la identidad o el Yo a lo largo del tiempo” (Gergel y Lacoponi, 2017, p. 1031). Esto quiere decir que la construcción de la identidad surge de un proceso lineal que se constituye por continuidades psicológicas asociadas con la memoria, el carácter, la intención, entre otros. Estas continuidades se apoyan a su vez en la espaciotemporalidad.

Desde el enfoque sistémico construccionista, a partir del cual se aborda esta investigación, la identidad es considerada como un fenómeno subjetivo, de elaboración personal, que se construye simbólicamente en interacción con otros. La identidad personal también va ligada a un sentido de pertenencia a distintos grupos socioculturales con los que consideramos que compartimos características en común. (Marino, 2012).

Teniendo en cuenta esta postura epistemológica, se entiende que el fenómeno a estudiar se encuentra inmerso en contextos que van a permitir que el sujeto construya diferentes versiones sobre sí mismo, siendo este permeado por elementos culturales, sociales y dialógicos en los que se va reconstruyendo continuamente en el ser; de esta manera se identifica que el individuo es en sí el otro. (Anderson, 1997)

En este sentido, Anderson (1997) menciona que la narrativa es una “forma de discurso, la forma en que organizamos, explicamos, damos sentido y comprendemos, es decir, damos estructura y coherencia a las circunstancias y sucesos de nuestra vida” (p. 277). De este modo, se comprende la identidad como una construcción de voces, que se da a través de la narración, la relación y la experiencia con el otro; durante este proceso de relación el ser humano surge como portador de historias que le dan sentido a su narración en la construcción de la identidad., siendo pues un individuo dialógico y narrativo que construye su identidad de forma dialógica y narrativa.

De esta manera, se pudo identificar una relación en lo que propone Gergen (2006) en su libro *El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, en el cual se reconoce la concepción del Yo se modifica a través del tiempo, haciendo referencia a la vida o contexto cultural donde se identifica y en el cual entiende a la persona como un ser que siente y que está relacionado con los distintos rasgos de personalidad.

De este modo Gergen (2006), hace referencia a la equiparación que realiza de la saturación del yo con la era posmoderna, en la cual “pone en tela de juicio el concepto mismo de la esencia personal” (p.27), donde se cuestiona sobre los objetos de los que se habla como algo que no existe en el mundo, sino que son producto de las narraciones personales y que se tejen en la relación con el otro, identificando un estado de construcción y reconstrucción permanente.

En este sentido, se identificó el lenguaje como un factor para comprender la forma en la cual se construye el mundo, se le da un significado y orden al mismo. De esta manera, se identifica la importancia de un otro en las relaciones que se establecen, como lo afirmó Fonseca (2012) en su comprensión sobre la identidad, explicando que “somos en historias. Historias que no tienen un solo narrador, sino que se construyen desde una polifonía, dentro de la cual, nuestra voz es solo parte de un coro” (p. 11).

En relación con lo anterior, se hace también mención de Giddens (2002) citado por Vera y Valenzuela (2012), quien refiere que la identidad del Yo es el intento por construir reflexivamente una narrativa personal, permitiendo comprenderse a sí mismo y tener control sobre su vida y futuro en condiciones de incertidumbre.

A partir de las distintas construcciones existentes alrededor de la identidad, para la presente investigación este concepto fue entendido como la construcción de la experiencia o la vivencia atravesado por condiciones personales y culturales. Teniendo en cuenta que los

fenómenos están en permanente transformación y tomando como punto de partida la existencia del individuo como producto de la sociedad a la cual éste pertenece, se debe comprender que las condiciones sociales inciden en todos los aspectos de la vida del ser, así pues, la vida del individuo está enmarcada en un desarrollo histórico el cual solo puede ser dado en la vida social que le permite comprender y articular los sentidos.

Marco metodológico de la investigación

La población objeto de estudio fueron de 13 adultos mayores (4 mujeres y 9 hombres) entre los 55 y 94 años, diagnosticados con esquizofrenia e institucionalizados en dos diferentes hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá.

Las instituciones que hicieron parte de la investigación fueron:

- Santa Teresa de Jesús, un hogar geriátrico privado ubicado al norte de la ciudad el cual cuenta con 10 mujeres de la tercera edad entre los 54 y 72 años. De esta población, 3 mujeres hicieron parte de mi investigación teniendo en cuenta el diagnóstico psiquiátrico de cada una de ellas, las cuales fueron diagnosticadas con esquizofrenia en algún momento de su vida, o actualmente siguen con el diagnóstico.
- Centro Bienestar del Anciano San Pedro Claver, hogar de beneficencia dispuesto por la Gobernación de Cundinamarca ubicado al sur de la ciudad, en el que viven 215 adultos mayores de los cuales 89 son mujeres y 126 hombres, entre 45 y 101 años. 1 mujer y 9 hombres hicieron parte de mi investigación de acuerdo con la disposición de la institución.

Esta investigación fue de tipo cualitativa-descriptiva, planteada desde un enfoque sistémico construccionista de la complejidad. Para el desarrollo de los objetivos se utilizó como técnica de investigación principal el relato biográfico a través de elementos identitarios,

con el fin de lograr identificar cómo se construye la identidad y los sentidos y significados que se atribuyen a través de la construcción de las narrativas.

Adicionalmente, se utilizó la técnica de recolección de información por medio de documentos o revisión documental en donde como investigadora construí líneas de tiempo de estas personas a través de las historias clínicas, considerando otras voces no directas dentro del marco de la investigación. Además de lo anterior, tuve en cuenta la observación participante sistematizada por medio de un diario de campo. Frente a esto, los tipos de fuentes de información requeridas para esta investigación fueron principalmente primarias, que corresponden a la población observada, las narraciones y los registros clínicos. Respecto a las fuentes de información secundarias, se tuvieron en cuenta artículos, investigaciones y datos estadísticos.

Se consideró la investigación desde un enfoque construccionista el cual impone un nuevo orden social donde se estudia la forma en cómo se construyen los significados en el pensamiento y en la construcción misma del conocimiento. La psicología construccionista busca entender el comportamiento y dar una solución a problemas específicos, así pues, el construccionismo está basado en la idea de cómo los individuos generan conocimiento a partir de sus experiencias a través de un papel activo en el que crean sistemas de significado únicos en la realidad.

La investigación narrativa es una parte de la investigación cualitativa tradicional, cuya utilidad es la de representar y describir las acciones y comportamientos que se desarrollan en la vida cotidiana, en medio de contextos definidos y especializados. Este tipo de investigación ha adquirido una gran importancia en los últimos años, pues la dimensión personal y biográfica se ha determinado como un componente básico en el desarrollo de las ciencias sociales, debido a lo cual cada vez resulta más relevante reconocer las voces,

experiencias, percepciones e ideas de las personas, para poder explicar de manera compleja e integral el desarrollo de los fenómenos por los cuales se investiga. La narrativa está compuesta por un conjunto de variables tales como las historias orales, los ciclos de vida y las biografías, reproduciendo a partir de estos elementos los acontecimientos, acciones y percepciones que se desarrollan en un contexto determinado.

Asimismo, el modelo de la identidad narrativa, propone que la identidad es constituida por la historia interiorizada y evolutiva de una persona, en donde dichas construcciones proporcionan un significado a su vida, por tanto, las acciones que se desempeñen por parte de una persona deben ser consideradas como relevantes y significativas, ya que desde esa perspectiva las experiencias vividas no pueden ser capturadas desde una perspectiva meramente naturalista, sino por el contrario, dicha experiencias y acciones requieren ser interpretadas por sí mismos en el contexto narrativo compuesto por los valores, creencias, eventos y relaciones que dan sentido y coherencia a la vida del sujeto. Por ello se comprende desde esta perspectiva a la narrativa y la estabilidad identitarias como la base del bienestar psicológico (Gergel y Lacoponi, 2017, p.1031).

En cuanto a los instrumentos que se utilizan desde este enfoque, el principal de ellos, acorde con Bolívar y Domínguez (2006), son las conversaciones o relatos biográficos, en las cuales se realizan una serie de cuestiones útiles para analizar las experiencias e historias de vida de la población objeto de estudio, alrededor de un fenómeno o un tema en particular.

Para el análisis de la información obtenida, se empleó la técnica de análisis de contenido. De acuerdo con Gómez (2012), una vez que se han recogido y recopilado los datos de la investigación, deben someterse a un proceso de análisis crítico que permita establecer y generar posibles alternativas de acción. En sentido, el principal objetivo de aplicar un

análisis de contenido es determinar los fundamentos para desarrollar estrategias de solución al factor que se estudia, especificando las actividades de mejoramiento que se deben aplicar.

Por otro lado, según lo afirma Krippendorff (1990), el análisis de contenido es una técnica de investigación diseñada para definir y formular, a partir de la recolección de una serie de datos, inferencias válidas que puedan ser aplicables a su contexto. Para este autor, una de las principales utilidades del análisis de contenido es reflejar y examinar actitudes, creencias y valores de personas, grupos o comunidades. Para poder aplicar un análisis de datos es preciso seguir los siguientes pasos en la investigación: 1. Definir con precisión los participantes. 2. Establecer y definir categorías y variables de investigación 3. Diseñar y aplicar instrumentos de recolección de la información.

Para concluir, es importante conocer que a partir de la aplicación de estos pasos, fue posible generar un análisis de resultados a través del procesamiento de la información que permitió identificar dos categorías principales: Autopercepción y Aspectos identitarios, los cuales se definen en la matriz de sistematización (Ver Anexo 1) en la cual se ingresaron datos principales como el número de personas, nombre, sexo, edad, el hogar geriátrico en que residen, ciudad de origen, grado de escolaridad, red de apoyo actual y finalmente si estuvieron internados en algún momento de su vida en la clínica psiquiátrica de Sibaté, esto con el fin de procesar e interpretar los datos con la información más relevante que arrojaron las transcripciones de las distintas conversaciones, la recolección de información a través del análisis de información documental (historias clínicas) y la presencia de otras voces.

Capítulo 1: Historia de las esquizofrenias. La singularidad y pluralidad del fenómeno

El presente capítulo tiene como objetivo principal situar al lector tanto en los lugares como en los espacios y personas que hicieron parte de esta investigación, para así poder entender de la mejor manera quienes son estas personas, a que se dedican, en donde viven, cómo llegaron a estas instituciones, y porque fueron fundamentales para llevar a cabo el proyecto.

Con el fin de hacer un poco más amena la lectura, se crearon los siguientes apartados para explicar con precisión los contextos en los cuales se realizó la investigación, desde la narración como investigadora y retomando fragmentos de los participantes, teniendo en cuenta que las historias de vida y lo que se verá plasmado a lo largo de los capítulos se abstrae directamente de las voces de los adultos participantes y la forma como evocan estas historias y recuerdos que hacen parte de su trayectoria y lo que son ellos hoy en día.

Además de lo mencionado anteriormente, en este capítulo se desarrollan las dos grandes categorías de la investigación; Aspectos identitarios y Autopercepción en la cuales se irán evidenciando los resultados, en una correlación de los fragmentos, evocando las voces llenas de sentidos y significados y su análisis.

1.1 Las Instituciones: Lo privado y lo público.

Este apartado tiene como finalidad describir en detalle las instituciones que participaron en esta investigación.

Santa Teresa de Jesús es una casa u hogar geriátrico ubicado al norte de la ciudad de Bogotá, el cual se dedica al cuidado y servicio del adulto mayor. Allí conocí a Rosalina, Julieta y Susana, quienes llevan varios años viviendo allí y aun así no se conocen muy bien entre ellas. Este hogar cuenta con diez mujeres de la tercera edad entre los 54 y 72 años. De

ellas, solo 3 mujeres hicieron parte de mi investigación teniendo en cuenta el diagnóstico psiquiátrico de cada una de ellas.

Todas las participantes de este hogar tienen nacionalidad colombiana y gran parte de ellas nacieron en la capital, mientras que solo una es originaria de Santander, en cuanto a su nivel socioeconómico según el DANE (2009) se puede clasificar a todas en un estrato medio-alto el cual corresponde a estratos 4 y 5 donde albergan usuarios con recursos económicos mayores que el resto. Respecto al nivel de estudios, según las definiciones del Ministerio de Educación Nacional (2009) la mayoría tiene educación básica secundaria, ya que solo una accedió a la educación superior.

Dentro de la estructura organizacional de este hogar, se encuentra principalmente la fundadora, quien dirige y se hace cargo de toda la parte administrativa, en un segundo plano están las enfermeras las cuales tienen turnos rotativos para tener una asistencia las 24 horas para el servicio de los adultos mayores, generalmente cuenta con 3 enfermeras. Además de esto, dentro del hogar cuentan con el servicio de terapia ocupacional y fisioterapia para las personas que lo necesiten y con un geriatra que asiste ocasionalmente y en momentos específicos solicitados. Por último, en los servicios generales internos del hogar cuentan con una cocinera y una persona que se encarga de la limpieza general. En cuanto a otros servicios médicos que son requeridos por los adultos mayores, como lo son: medicina general, odontología, psiquiatría, psicología, nutricionista, u otros con especialistas, se solicitan por medio de la EPS de cada uno de ellos y en el hogar se encargan de llevarlos a sus citas junto con algún familiar.

Por otro lado, el Centro Bienestar del Anciano San Pedro Claver, ubicado al sur de Bogotá, fue el segundo hogar geriátrico que hizo parte de la investigación, a diferencia de los otros este es un hogar de beneficencia fundado y liderado por monjas y hace parte de la

Gobernación de Cundinamarca. En infraestructura es considerablemente más grande y alberga 215 adultos mayores, de los cuales 89 son mujeres y 126 hombres entre los 45 y 101 años. Aquí conocí a los nueve hombres que participaron en mi investigación; Teobaldo, Mercurio, Romeo, Fray, Benvolio, París, Lorenzo, Juan y Escalus. Y solo una mujer: Ana.

Todos los participantes de este hogar tienen nacionalidad colombiana, sin embargo, la gran mayoría proviene de diferentes municipios y ciudades del país, solo unos pocos son originarios de la ciudad. En cuanto a su nivel socioeconómico, según el DANE (2009), se puede clasificar a todos en un estrato bajo el cual corresponde a estratos 1 y 2 donde albergan usuarios con menores recursos, quienes son beneficiarios de subsidios en los servicios públicos domiciliarios. Respecto al nivel de estudios, según las definiciones del Ministerio de Educación Nacional (2009), ninguno tiene educación básica primaria culminada.

Dentro de la estructura organizacional del hogar se encuentran 84 trabajadores distribuidos por dos áreas: personal Asistencial y personal Administrativo, en la primera cuentan con un médico, un psiquiatra, cuatro jefes de enfermería, una terapeuta ocupacional, una terapeuta física, tres trabajadoras sociales, una terapeuta respiratoria, dos psicólogas, una nutricionista, treinta y nueve auxiliares en enfermería y cuidadores, una gerontóloga y un regente de farmacia. Dentro del área administrativa está la directora, un asistente administrativo, un jefe de personal, doce auxiliares de servicios generales, trece auxiliares de cocina, cuatro de personal de mantenimiento, tres auxiliares de terapia y un conductor.

1.2 Rescatando la experiencia de los individuos

Durante el acercamiento a campo, resultó difícil acceder a población diagnosticada con esquizofrenia que no estuviese en condiciones de institucionalización, sin embargo, por distintas razones se logró conocer a tres mujeres que no solo comparten este diagnóstico, sino que además comparten un mismo espacio, una vida y una cotidianidad. Rosalina, Julieta y

Susana son tres mujeres que viven en un hogar geriátrico al norte de la ciudad de Bogotá y quienes me regalaron varias tardes de conversaciones, risas y lágrimas.

Marcela es una mujer de 55 años proveniente de Bucaramanga, su familia llegó a Bogotá hace más de 40 años cuando su padre tuvo que venir a la capital a buscar un mejor trabajo. Su familia se compone por sus padres y sus cuatro hermanos, de los cuales ella es la menor y con quienes vivió toda su vida hasta hace cuatro años cuando sus hermanos decidieron traerla a vivir al hogar geriátrico Santa Teresa de Jesús. Marcela nunca se casó ni tuvo hijos, atribuyendo esto a la violencia que vivió a lo largo de su vida. Dedicó gran parte de su vida adulta a cuidar de su madre.

Fue diagnosticada a raíz de su comportamiento aislado y falta de concentración durante su etapa escolar cuando estaba en primaria, ella misma dice que era muy callada, no tenía amigas y no le gustaba relacionarse, la mandaron al psicólogo del colegio y la diagnosticaron con esquizofrenia. Ella se consideraba una niña tímida, sus padres creían que tenía autismo, pero como ella dice:

Yo no sé porque yo era así, pero yo no era autista, pero como los psicólogos son los que saben. (Marcela, Diario de campo, 2018).

Hoy en día Marcela cree que parte de su comportamiento se debe a que su padre y su hermano ejercían violencia física y verbal hacia ella.

y como miedo a los hombres también, mi papá era imposible de entender, mi papá no me pegaba, pero era grosero con las palabras, como fue el criado a la antigua, con mi mama también era verbalmente muy grosero, lo trataba a uno como un animal, y ni siquiera un animal, mi papá era verbalmente muy violento con las palabras [...]. Será de tanta violencia que yo viví, que tuve

un intento de suicidio, hace diez años me tiré de una terraza, caí de ahí al primer piso, caí ahí de rodillas y luego a un lote. (Marcela, Diario de campo, 2018)

Mis papás no eran amorosos ellos nos querían muy seco, yo me entendía más que todo con mis tías, las hermanas de mi mamá, cada vez que había una pelea yo me iba allá a hablar ... ellas me decían que tuviera paciencia, yo pensé, pero no fui capaz de... porque yo de ver tanta violencia pensé en denunciar a mi hermano, pero no fui capaz. (Marcela, Diario de campo, 2018)

Julieta es una mujer de 58 años nacida en Bogotá, periodista de profesión y amante de la lectura, se le facilita memorizar las fechas de eventos importantes, es de pocas palabras y muy inteligente. Su familia estuvo compuesta por sus padres y dos hermanos más. Ella es la hija del medio y nunca se casó ni tuvo hijos.

Sara describe a su padre como su adoración y la relación que tuvo con él siempre va a ser muy especial para ella. Llegó al hogar hace más de cinco años por decisión de sus hermanos.

Siempre fui la consentida de mi papá, él era un hombre muy amoroso y casi no me regañaba...viví con ellos hasta que fallecieron. (Sara, Diario de campo, 2018)

A raíz de la muerte de su papá, Sara quedó muy afligida por la situación, hasta que un día llegó a la clínica por urgencias pidiendo que le hicieran la eutanasia porque no quería vivir más, por esta razón sus hermanos deciden mandarla a vivir a un hogar para que se sienta acompañada. Sin embargo, Sara tuvo la oportunidad de estudiar una carrera universitaria cuando era joven.

pues yo me sentía muy bien, me sentía que eso era definitivamente lo mío, me sentí plenamente identificada, me gustaba y sentía que tenía como aptitudes para... básicamente es la cuestión de escribir, de redactar, de poner una idea y desarrollarla, cosa que se necesita para el periodismo de prensa, escrito, toda la parte metodológica para desarrollar una noticia, yo sentí que eso era lo mío, no me había equivocado. (Sara, Diario de campo, 2018).

De Julieta no logre obtener mucha información, las enfermeras me cuentan que años atrás había sido diagnosticada con esquizofrenia; sin embargo, Julieta nunca menciona esto conmigo. Al ser una niña retraída, callada y sin intenciones de socializar, tuvo una infancia y adolescencia diferente, pero ella no se explica por qué, puesto que siempre tuvo una familia muy amorosa.

Yo era una niña muy tranquila, tenía muy pocos amigos porque era muy tímida y se me dificulta hablar con las personas". (Julieta, Diario de campo, 2018).

Hacía varios años que no sufría de falta de motivación a este nivel. (Julieta, Diario de campo, 2018)

Susana tiene 69 años nacida en Bogotá, terminó el bachillerato y se dedicó a estudiar idiomas, pero no terminó la carrera, le gusta la música clásica y escucharla a todo volumen en su vieja radio mientras baila en su habitación, también le gusta leer diccionarios en alemán y en inglés para aprender nuevas palabras. Le agrada colorear y acostarse en su cuarto a pensar.

De Susana no sé mucho, las enfermeras me cuentan que desde su adolescencia fue diagnosticada con esquizofrenia además de "hipersexualidad". A lo largo de su vida estuvo

internada en una clínica psiquiátrica por su comportamiento “psicótico”, así que su familia se hizo cargo de ella hasta que su padre murió. No logré establecer una conversación con ella, así que lo que describo acá son las voces de las enfermeras y la directora del hogar. Susana normalmente decía palabras sin algún orden o coherencia.

“¿te gusta mucho escuchar música clásica?”, le pregunté a lo que ella me respondió con un largo silencio mientras le subía el volumen al radio para evitar hablar conmigo. ¿tu cuántos años tienes Susana? intenté una vez más, “15”, me respondió y seguí preguntando, ¿y hace cuanto que vives acá? ¿No deberías entonces estar estudiando?, me miró, le subió más al volumen del radio, se paró y se fue del lugar. (Diario de campo, 2018).

Se pone en consideración este relato para hacer ver la complejidad misma de la comunicación por parte del individuo y en la sociedad donde se halla inmerso y sujeto, además de tener que hacerse presente en un contexto de institucionalizado en el que las interacciones se limitan y la identidad propia es narrada por otros a razón del avance de la enfermedad.

Por otro lado, en la investigación hubo una segunda institución, nueve hombres y una mujer, pero a diferencia de la anterior no pude conversar mucho con ellos o entablar una conversación para evocar desde su propia voz cómo relatan su identidad y significan sus trayectorias y el sentido que les dan a estas, por las condiciones en las que se encuentran en la actualidad, ya que su gran mayoría presenta deterioro cognitivo muy avanzado. Sin embargo, logré a través de la revisión y análisis de información por medio de documentos (historias clínicas) construir una línea de tiempo y a partir de las voces de otros dentro de la institución. (Ver Anexo 4).

Debo confesar que, al principio, fue un poco extraño y confuso para mí comprender porque ellos no podían hablar, mientras que las otras dos mujeres del otro hogar tenían comportamientos totalmente diferentes y podían expresar sus ideas muy bien a excepción de Susana, así que pregunté si no todas las personas con esquizofrenia se comportan igual. Aquí fue donde entendí cómo debía encaminar la investigación y que cada persona que padece este trastorno era única y estaba inmersa en un mundo completamente diferente a los demás, por eso decidí llamar este capítulo de la investigación *Historia de las esquizofrenias*, ya que logré comprender que puede haber muchas esquizofrenias y cada una de ellas puede ser totalmente diferente a la otra, esto desde una mirada sistémica y desde las narrativas donde cada uno puede significar su propia identidad de manera diferente.

Ana de 78 años tiene una historia de vida un poco diferente a las mujeres del otro hogar, decidió irse muy joven de su casa porque no le gustaba estudiar y sus padres de recursos económicos bajos no podían darle una “buena vida” así que dedicó gran parte de su vida a trabajar como aseo en distintas casas en el barrio de Chapinero Alto, conoció a un hombre y aun siendo muy joven se casa con él y tienen dos hijas. En la actualidad tiene dos nietas y le gusta que la visiten en el hogar.

Yo tenía tres hermanos y vivía con mis papas, pero todos murieron en la avalancha de Armero y yo fui la única sobreviviente. Pero... usted me había dicho que ustedes eran acá de Bogotá... si yo vivía acá con mis papas, pero a los 13 años me fui a vivir con unas enfermeras porque me dijeron que me iban a conseguir trabajo... Mis papas siempre trabajando y no tenían más formas de conseguir dinero para que yo estudiara entonces me tocó salirme. (Ana, Diario de campo, 2018).

Lorenzo nació en El Jardín, Antioquia hace 75 años, de los cuales lleva 7 en el hogar. Me cuenta que sus hijas lo trajeron porque no podían mantenerlo más. En su niñez-juventud se dedicó a las artesanías en su ciudad natal, después tuvo que prestar servicio militar y cuando terminó se desplazó para Bogotá porque, de acuerdo con las referencias de sus compañeros, en la ciudad había mejores oportunidades. Él solo tuvo la posibilidad de estudiar hasta primaria y realizó algunos cursos de arte en el Sena. Le pregunté sobre sus años en el ejército y me contó que habían sido tres y que estos le sirvieron para aprender de defensa personal. Cuando llegó a Bogotá conoció a la mamá de sus hijas.

Cuando le pregunté sobre su infancia me dijo que no recordaba mucho sobre esos años, no se acordaba de sus padres, pero sabía que habían fallecido hace unos años, me contó que tenía 14 hermanos, pero ninguno había venido a visitarlo nunca, que a él le gustaría verlos porque se aburre mucho en el hogar. Le pregunté sobre él, sobre sus gustos y sobre su vida, pero es un hombre muy callado, respondía justamente lo necesario.

Lorenzo no tiene una historia clínica amplia, no hay nada escrito sobre su historia familiar, tampoco sobre su diagnóstico, no me respondió nada cuando le pregunté sobre el origen de su esquizofrenia. Sin embargo, investigué un poco más con la directora del hogar quien me contó que él fue diagnosticado años atrás al presentar un episodio psicótico en el cual intentó matar a su esposa porque ella lo engañó con otro hombre, por eso ella lo abandonó y lo dejó con sus hijas que, al ser ya mayores, se hicieron cargo de él. Él refiere que su esposa lo dejó hace mucho tiempo y que no la extrañaba, que sus hijas lo sacan a pasear y que ya conoce a sus nietos, que no le gusta compartir el cuarto con sus compañeros porque no tiene privacidad, que trabaja en Terapia Ocupacional cortando papel pero que no le gusta, que solo lo hace por la plata para comprarse cigarrillos.

1.3 El relato identitario desde una mirada sistémica

Este apartado se escribe con la finalidad de contextualizar al lector sobre la técnica que se utilizó en la investigación, para así evidenciar la importancia del relato identitario desde el paradigma sistémico. Desde este paradigma, se logran evocar multiplicidad de voces partiendo de un solo sujeto; en este caso, se tiene la posibilidad de evocar las voces directamente de los adultos mayores, a través del investigador o los cuidadores principales, teniendo en cuenta el entramado de relaciones existente, para así lograr aproximarse a la comprensión de las trayectorias de cada uno de los participantes de esta investigación y comprender cómo la población estudio es capaz de construir y reconocer su propia identidad.

En este punto, retomó el modelo de identidad narrativa propuesto por Gergel y Lacoponi (2017), desde el cual puede interpretarse que la aparición inicial de la esquizofrenia en las personas trae consigo una importante transición en la vida de las personas, lo cual llega a redefinir en las personas el quién son, quiénes son los demás, cuáles son sus roles y prioridades, sus relaciones con los demás y con el mundo. Por tanto, el hecho de tener esta enfermedad conlleva a una transformación en la forma que la persona se conoce y se relaciona consigo mismo y con los demás.

Ahora bien, con base al construccionismo social descrito en el marco epistemológico, la investigación entró a jugar un papel fundamental en la configuración de las narrativas sobre la identidad de cada uno de los adultos mayores, puesto que las narrativas dan paso a comprender el conocimiento y los relatos que se enmarcaron en los fenómenos estudiados. Por ello, se entiende que la persona es un ser individual y colectivo que vive diariamente en las narraciones de sus vivencias, otorgando un significado por la unidad comunicativa que expresa y configura las identidades de los actores sociales (Domínguez de la Ossa y Herrera, 2013).

En este sentido, las personas están inmersas en un mundo que lo construyen y lo articulan las palabras, como lo enuncian Domínguez de la Ossa y Herrera (2013), “existe una relación entre la vida y las narrativas, es decir que damos sentido narrativo a nuestras vidas, y, asimismo, damos vida a nuestras narrativas” (p. 622), evidenciando que las interacciones entre sujetos están constantemente permeadas por relatos, historias y experiencias mediadas por la comunicación de los relatos.

Yo parecería que tengo, parezco un temperamento fuerte y como si fuera muy débil, a veces por cualquier cosa me pongo deprimida [...] yo nunca hice nada porque no sabía que me gustaba, no era buena yo me arrepiento, pero ya que, desperdicie mucho la vida y no hice nada, ya uno que, ya no se puede retroceder. (Marcela, Diario de campo, 2018).

Para puntualizar, el concepto de narrativa se entiende en este marco como un constructor constante de realidades desde las relaciones cotidianas, por ello, la narrativa es una identidad que emerge de los significados contruidos desde el contexto sociohistórico-cultural donde se situó la persona. Por lo anterior, la co-construcción de relatos entre los individuos se comprendió desde la forma de enriquecer y crear conocimiento, visualizando a los individuos como actores sociales inmersos en diversas conversaciones dialógicas dadas por el lenguaje. Del uso del lenguaje se derivan diversos significados brindados por la relación entablada con el otro (Rozo, 2002).

A partir de lo anterior, Domínguez de la Ossa y Herrera (2013) dan a conocer los supuestos básicos que caracterizan la investigación narrativa desde una epistemología relativista construccionista:

1. Como primera característica se comprende que los significados para el ser humano son abordados como un continuo proceso interpretativo, que recrea y se

vincula a las experiencias y acciones, describiendo que las narrativas son instrumentos indispensables para la creación y comunicación de estos significados, vistos como representaciones amplias y subjetivas de las realidades y brindándole un valor y un sentido a las vivencias.

2. La segunda característica, entiende que las narrativas se adquieren en medio de la relación con los otros, puesto que el ser humano está en constante interacción, es un sujeto socialmente interdependiente. Así, como sugiere Gergen (1999) citado por Domínguez de la Ossa y Herrera (2013), “la investigación narrativa difiere de otras perspectivas de estudio precisamente en su énfasis en las relaciones sociales, en la medida que los significados se revelan y se hacen inteligibles en relaciones sociales” (p. 630). Los significados se construyen entonces de manera concertada con otros, obteniendo el significado por las relaciones establecidas.
3. La tercera característica de las narrativas es su carácter personal, único e individual en las circunstancias, emociones, sentimientos y motivaciones del sujeto, determinando libertad para construir narrativas; sin dejar de lado lo individual. Los significados no son solo dados por este componente, además no todas las narrativas pueden darse a conocer a cualquier persona, ni contarse de la misma manera, ya que la forma en que se comunican las historias está mediada por los receptores, el lugar y el momento; influyendo en el qué y cómo van a ser contadas las vivencias. Es así como quienes investigan participan activamente en la creación de un significado (Domínguez de la Ossa y Herrera, 2013).
4. La cuarta característica consiste en que las personas construyen sus significados por medio de las narrativas y la influencia que deviene en sus relaciones creando significados diversos que proponen una visión más amplia de los fenómenos, a partir del intercambio social dentro de las narrativas.

5. La quinta característica de la investigación narrativa desde la perspectiva construccionista se refiere a la configuración y organización desde la temporalidad en la que se desarrolla la experiencia de vivir, siendo el tiempo una dimensión de la existencia humana que le da un sentido al anillo auto reflexivo de la persona.

Ahora bien, de acuerdo con las apreciaciones de Rodríguez y Castro (2011), se considera la esquizofrenia como un grupo heterogéneo de síndromes en el que cada sujeto tiene una combinación única de síntomas y experiencias vitales. Aspectos como la cultura, el sexo, el ambiente psicosocial y político, la personalidad y la variabilidad genética, entre otros, modifican su expresión, su curso y sus desenlaces clínicos.

Partiendo de lo anterior, en esta investigación se entendió que la polifonía forma parte de la creación de las narrativas, como un recurso o medio que permite comprender y configurar nuevos relatos a partir de la interacción con los participantes, en la creación y co-construcción de significados, vivencias, sentimientos y demás experiencias de los sujetos; relacionado a la polifonía desde la narrativa en el construccionismo social, como un elemento que permitió conocer las diversas visiones del mundo, enlazar historias de los participantes, de sus protagonistas en los relatos, las temáticas contadas y los significados en un tiempo y espacio vivido como actores sociales (Domínguez de la Ossa y Herrera, 2013).

1.4 Autopercepción: El diagnóstico y el estigma social como factores influyentes en las trayectorias de vida de los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia

La estigmatización de las enfermedades mentales ha sido un tema de discusión a lo largo de los años y, en este contexto, se encuentran varias investigaciones con relación a los estereotipos y las repercusiones que existen hacia los individuos que padecen un trastorno mental y son estigmatizados y aislados, denotando que la estigmatización surge desde el

conocimiento de que otra persona padece determinados síntomas y repercute de manera tal que se piensa en la institucionalización como una solución de tratamiento de los mismos síntomas. Asimismo, se logra comprender que la estigmatización se da por la se da por la falta de recursos sociales para manejar la sintomatología de los esquizofrénicos, no como una dinámica lineal de estigmatización por el diagnóstico.

A raíz de la construcción de las líneas de tiempo a través de las historias clínicas, logré evidenciar que la gran mayoría de estos hombres al ser diagnosticados por presentar por primera vez algunos de los síntomas que caracterizan este trastorno, fueron institucionalizados y aislados de su entorno social para entrar en un tratamiento de medicación y generando un cambio importante en la vida de cada uno de ellos y de sus familias.

Lo anterior se evidencia en historias como las de Teobaldo y Fray, dos hombres que a raíz de un evento psicótico fueron diagnosticados, sin tener en cuenta su contexto social o familiar más allá de la situación enunciada. Los dos sufrieron abusos por parte de sus padres y venían de un contexto de escasos recursos y de educación escasa, además de múltiples factores que se relacionan con su trastorno. No obstante, es importante evidenciar que, a raíz de un primer evento psicótico o ante la presentación de alucinaciones, los individuos ya son estigmatizados por la enfermedad y aislados, lo cual considero, desde mi punto de vista que representa una influencia negativa para quien lo padece en la manera de relacionarse con su entorno y de establecer relaciones en este entorno, sabiendo que estas se construyen a partir de la aparición y exposición de los síntomas.

Fray nació en el municipio de Belén Umbría en Risaralda hace 64 años, vivió junto a sus padres hasta los 9 años, cuando decide irse de la casa porque no le gustaba cómo lo trataban. Fray dice que su papá le daba “juete” o golpes cogido a una viga cuando su mamá

le daba quejas sobre él. Nunca fue a la escuela y, de igual forma, no le gustaba estudiar porque le daba pereza y que ya no le importa aprender a leer o a escribir, pero si le gustaba trabajar.

Fray me cuenta que su padre desde pequeño le enseñó a trabajar con café en la finca donde vivían, por lo que toda su vida se dedicó a trabajar en fincas con café o a limpiarlas. Cuando se le pregunta acerca de su vida personal, dice que le gusta andar solo. Fray es hijo único, dice que no extraña a sus padres porque nunca le dieron buena vida. Jamás se casó y no tuvo hijos, alegando a que no quiso una esposa o tener hijos porque solo daban problemas. Actualmente no tiene una red de apoyo activa, nadie lo va a visitar y está desesperado por irse del hogar pues en el pueblo dejó su casa con todas sus cosas y quiere volver por ellas. También menciona que unos años después volvió al pueblo a visitar a sus papás pero que ellos ya no estaban ahí, la finca estaba vacía y los vecinos que él conocía tampoco estaban, así que no sabe qué pasó o a dónde se fueron.

Fray llegó al ancianato en el año 2012 pero no le gusta estar ahí, dice que es aburrido, además de que menciona que lo llevaron engañado ya que vez una amiga de él lo dejó botado en el hogar diciéndole que lo acompañara a hacer una vuelta a Bogotá y lo llevó al lugar. Él recuerda su casa y dice que va a volver pues sus cosas lo esperan.

Cuando le preguntó por su infancia, sobre sus recuerdos, padres, amigos, me contesta que él solo se acuerda que su papá le enseñó a limpiar fincas y lo llevaba con él al trabajo para que lo ayudara, pero un día ya no lo volvió a llevar y a él le dio mucha rabia pues lo abandonó. También dice que su mamá era muy cariñosa, que jugaba con él, pero su papá no, solo le pegaba y lo regañaba.

Fray no estuvo institucionalizado antes, solo se dedicó a trabajar en el campo durante toda su vida. En su historia clínica dice que fue institucionalizado por riesgo de abandono social ya que la Gobernación de Cundinamarca lo encontró varias veces deambulando por la

calle perdido, además vivía en condiciones de indigencia y mostraba signos de ansiedad, agresión, falta de comunicación y pocas relaciones de tipo social, así que cuando llega al hogar le diagnostican esquizofrenia crónica.

Fue poca la información que él me brindó, pues dice que es poco lo que recuerda, además durante la conversación estaba un poco distraído, como ansioso mirando a todos lados menos a mí. Su mirada también expresaba tristeza, sus manos cansancio y trabajo duro. Al no tener información sobre su familia o antecedentes también fue poca la información que pude recolectar. Sin embargo, me surge la duda del porque su diagnóstico ya que no hay en la historia clínica ninguna información muy clara.

Teobaldo es un hombre de 83 años que proviene del municipio de San Bernardo en Cundinamarca. Antes de prestar servicio militar se dedicó desde muy joven a la agricultura gracias a su padre, quien le enseñó este oficio, así que se retiró del colegio en segundo de primaria para dedicarse completamente a la finca donde vivía junto a sus padres y 11 hermanos más. Fue diagnosticado con esquizofrenia a los 25 años cuando su familia llega a el centro masculino especial La Colonia en Sibaté pidiendo ayuda ya que presentaba un comportamiento agresivo hacía varios meses. Un domingo en la tarde decidió atacar a su hermana con un cuchillo sin razón alguna, acto seguido decidió matar una gallina con el mismo cuchillo y, según cuenta su madre, quiso matar a todos los animales, pero sus hermanos lo tuvieron que calmar.

Un poco sobre la infancia de este hombre, tendió a ser un niño poco comunicativo que no se relacionaba con sus compañeros de escuela, no hablaba mucho con sus hermanos, ni con sus vecinos, tampoco con la gente mayor. Era retraído, solitario y miedoso. Es el segundo de 11 hermanos y se consideraba alcohólico en su juventud y, aunque nunca aprendió a escribir ni a leer, en la actualidad dice que le hubiese gustado, pero que ya está

muy viejo para eso. Cuando cumplió la mayoría de edad tuvo que prestar servicio militar, su madre dice que al salir él no volvió al campo porque consiguió unos amigos que eran mala influencia y lo llevaron a consumir marihuana, y después de eso es que todo cambió y aparecieron los “ataques”, pues su padre afirma que lo metieron preso por fumar marihuana en Pereira un día y cuando volvió a su casa llegó demente, agresivo y con mucho odio hacia su madre (FUENTE).

Por otro lado, cuando ingresa a la institución anuncia que tiene unas voces en su cabeza que le dicen que quieren hacerle el mal, a veces lo insultan y lo tratan mal, también siente frecuentemente que se cae de un abismo. Actualmente reside en el hogar geriátrico en donde lleva 13 años, en los cuales no ha recibido ninguna visita, y fue traído de Sibaté donde estuvo la mayor parte de su vida en procesos de rehabilitación, pero sin presentar ningún éxito, según indica su padre. Además, en las notas de su historia clínica, nunca se notó mejoría, estuvo medicado desde los 25 años y actualmente también toma fármacos para controlar su ansiedad, aunque parece ser una persona estable y tranquila, le gusta pasar gran parte del día sentado en el patio del hogar, pero solo, sin relacionarse con sus compañeros. Las enfermeras también relatan que no le gusta compartir cuarto con otros, ni tomar el sol

En las visitas más frecuentes siempre estaba su padre y uno de sus hermanos, solo se menciona a la madre en una entrevista y se le describe como poco afectiva y amorosa. Tiene antecedentes familiares de trastornos mentales por parte de su padre, una tía y un sobrino. Dentro de las descripciones que hay en su historia clínica se encuentra principalmente que es un paciente agresivo, eufórico, aislado y deprimido que presenta conductas infantiles, aislamiento, establece poco contacto visual y tiene una buena apariencia personal.

Por último, la conversación que pude establecer con él fue muy escasa en cuanto al contenido, ya que respondía monosilábicamente y no se esforzaba por conversar más; sin

embargo, no percibí ninguna conducta diferente, fue amable al saludarme, pero todo el tiempo caminaba de forma ansiosa como si tuviera afán e intentaba cortar la conversación, no me miro a los ojos en ningún momento y si no podía completar una idea no seguía hablando. Lo único que me dijo fue que el último presidente que recuerda de Colombia es Rojas Pinilla.

Capítulo 2: Aspectos identitarios de los adultos mayores institucionalizados y diagnosticados con esquizofrenia

En este punto de la investigación cabe replantearse nuevamente la pregunta de por qué la percepción y la identidad como procesos psicológicos, si se denota que ya hay investigaciones que abordan este tema, entonces qué es lo innovador en la investigación aquí expuesta. En los próximos párrafos me aproximo a la pregunta de investigación acerca de cómo los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia pueden construir su propia identidad personal a través del relato identitario, esto partiendo de los resultados obtenidos en campo y de la evocación de las distintas voces presentes en el contexto, tales como los mismos participantes, sus familiares, cuidadores y las mismas historias que reflejan distintos hitos en sus vidas.

Pero antes de esto, me gustaría plasmar esta definición que surgió del estado del conocimiento en lo que tiene que ver con los procesos de construcción de identidad, enunciando que:

Muchas veces, las personas con este trastorno escuchan o ven cosas que no están allí o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o conspirar para hacerles daño. Esto puede aterrorizarlos y convertirlos en personas retraídas o extremadamente agitadas. También puede ser espantoso y molesto para las personas que los rodean (National Institute of Mental Health, 2015, p. 22).

A raíz de esto, logré entender que los procesos identitarios se ven afectados no solo por los síntomas y signos mismos del trastorno, sino también por la manera cómo las personas construyen sus relaciones interpersonales a raíz del diagnóstico. Sin embargo, en algunos de los casos que evidencí en campo, pude encontrar que el contexto y la forma como se crean

estas relaciones que se establecen con el núcleo familiar y con el contexto relacional influyen significativamente en la aparición de los síntomas de una esquizofrenia, no obstante, no se trata de una explicación lineal de causa y efecto, sino que se presentan como variables que se interconectan y complejizan la causa de la aparición del trastorno.

En relación con lo anterior, los comportamientos anormales que se manifiestan en el individuo requieren que la persona con el trastorno comprenda el cambio de realidad que está vivenciando y se adapte a la misma, por lo que como categoría emergente del estudio se encuentra también la necesidad de analizar dicha adaptación desde la construcción de las narrativas experienciales y la dialogicidad con el otro, cuestión propuesta por la psicología cultural para llegar a un cambio de sentidos y significados, como lo indica Michael Cole (1999).

Esto quiere decir, desde la perspectiva del investigador, que los fenómenos están en permanente transformación, tomando como punto de partida la existencia del individuo como producto de la sociedad a la cual éste pertenece, se debe comprender que las condiciones sociales inciden en todos los aspectos de la vida del ser, así pues, la vida del individuo está enmarcada en un desarrollo histórico el cual solo puede ser dado en la vida social que le permite comprender y articular los sentidos.

De igual forma, para Bruner (1995), las narraciones son construcciones de sentido, hechas por las personas en medio de la interacción social, así que, en este caso estas narraciones se construyen desde las voces de los pacientes, sus cuidadores y las historias clínicas que comprenden diferentes devenires de sus vidas. De acuerdo con lo anterior, se incorporan a la identidad roles dentro de la sociedad, la familia y su auto representación, pues, según Bruner (1995), las narraciones pueden ser reales o imaginarias y, lo importante de ellas, es el sentido enmarcan, ya que organizan las experiencias de forma narrativa,

constando de secuencias singulares de sucesos, estados mentales y acontecimientos en los que participan seres humanos como personajes o actores. En línea con esto, para poder entender dichas narrativas de los demás es importante captar la trama y así dar sentido a cada uno de los componentes (Bruner, J. 1995).

2.1 Contexto familiar y social

Desde la perspectiva sistémica, se entiende que los individuos estamos ligados tanto a las experiencias colectivas como a las individuales, no somos sujetos que actúan individualmente ya que estamos en constante interacción, por lo tanto, es crucial tener en cuenta el ambiente (estructura familiar, redes de apoyo, organización de la familia, relaciones de pares) para entender cómo el sujeto se establece e interactúa dentro de su contexto.

no yo no hablaba con nadie de la familia [...] no era lo más raro, yo no tenía amigas en el colegio, yo solo tenía contacto con la familia. Me daba pánico hablar con los demás, no tuve relación con nadie. (Marcela, Diario de campo, 2018)

Hechas las consideraciones anteriores, es relevante traer a discusión el debate alrededor de las causas de esta enfermedad mental, ya que es importante aclarar que no hay una sola esquizofrenia, sino que cada caso se presenta de forma distinta y tiene sus propias particularidades, por lo que tampoco puede haber una sola causa y el fenómeno del trastorno es representado complejamente. En la mayoría de los casos e investigaciones se encontró que esta enfermedad aparece durante y tras la adolescencia; sin embargo, también existe la esquizofrenia infantil, aunque sea poco común. En efecto, los principales factores de predisposición pueden ser genéticos, por consumo de sustancias psicoactivas o estresantes y ambientales, es decir, a razón del contexto social y traumatismos.

En relación con lo anterior, contaré la historia de Benvolio. Nació en Bogotá hace 64 años, de los cuales ha pasado la gran mayoría de su vida en diferentes instituciones. A él lo abandonaron sus padres en la calle a los cuatro años, así que desde esa edad perteneció a programas de beneficencia y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF; al cumplir la mayoría de edad, decide irse de la institución en la que creció y probar suerte como vendedor informal, pero con el paso de los años empezó a consumir sustancias psicoactivas y se volvió reciclador en las calles de Bogotá, así transcurrió su vida hasta el año 2000 cuando fue detenido en la calle gritando que se había quedado ciego y le habían robado su cambuche, por lo cual pedía ayuda. De acuerdo con el análisis de su historia clínica, la policía no solo no lo ayudó, sino que también lo golpeó. A partir de ese momento, el estado le brindó el apoyo necesario y deciden ingresarlo a Sibaté ya que presentaba síntomas psicóticos y lo diagnostican con esquizofrenia.

Benvolio es descrito en su historial médico como un hombre introvertido, al cual no le gusta entablar conversación alguna, con dificultades para relacionarse en su círculo social, de baja autoestima, manipulador y con pocas relaciones sociales. Sin embargo, también en su historial dice que no presenta psicológicamente ninguna alteración de conciencia, aun así, es medicado por más de 15 años con antipsicóticos.

Su núcleo familiar en la actualidad es nulo, no tiene una red de apoyo ni la tuvo durante su vida, no se casó ni tuvo hijos, no sabe leer ni escribir y él mismo desconoce su origen, pues desde muy corta edad ha estado solo. Sin embargo, él empieza a presentar cambios en su conducta cuando está en el hogar geriátrico, en el cual comienza a abusar sexualmente de las mujeres que allí residen y que tienen retardo mental o que son mudas, a otras las manipula y las obliga a mantener relaciones sexuales con él. A partir de estos eventos se le diagnostica hipersexualidad, ya que se encuentra en estado de excitación constante, pues

también se masturba en público y les pide a otros adultos mayores hombres que le practiquen sexo oral a cambio de cigarrillos. Benvolio comienza a ser tratado con medicamentos para controlar su ansiedad y a estar vigilado gran parte del día, se le prohíbe estar en los lugares sociales del hogar por su comportamiento inadecuado.

Actualmente no le gusta hablar mucho, mantiene todo el tiempo caminando en el hogar o trabajando en el área de terapia ocupacional, tiene una radio en el cual pone música clásica u ópera con volumen máximo y así pasa las horas sin conversar con nadie.

A partir de esta historia pude identificar la importancia de la familia, los vínculos y lazos que como sujetos creamos socialmente para poder tener un desarrollo sano de la personalidad. Benvolio fue uno muchos adultos mayores que han sido abandonados desde que eran niños y que no han tenido la oportunidad de crear vínculos sanos con los demás por su contexto y las circunstancias que los atraviesan. Como lo menciona Del Rio (2009), las teorías psicosociales demuestran la importancia de contemplar en el curso de la enfermedad algunos factores que podrían definirse como agentes estresores de índole psicosocial, que pudieran encontrarse entre las causas de la esquizofrenia. Por último, también entran en juego factores de personalidad, puesto que, a raíz de algunos estudios, se ha encontrado que las personas con déficit en habilidades sociales y que presentan comportamientos más individuales suelen ser más propensas a desarrollar conductas esquizoides. Además, Abeleira (2012) afirma que los ambientes en los que el sujeto crece y su relación con los demás y el entorno parecen tener mayor incidencia y fuerza que los genes.

Otra historia que evidencia la importancia del contexto familiar en este trastorno es la de Juan, quien es el menor de cinco hermanos, nació en Bogotá cuando su madre de 45 años quedó embarazada sin desearlo, siendo además aparentemente poco afectuosa y muy maltratadora. Asistió al colegio hasta cuarto de primaria, año en el que su padre fallece., así

que él, al sentirse diferente a sus compañeros y con tan solo 10 años le dice a su madre que no quiere volver más al colegio. Desde joven fue un hombre tímido, aislado, con poca motivación tanto para estudiar como para trabajar, además de tener dificultad para relacionarse con los demás. En la historia clínica dice que tuvo muy poco afecto por parte de su madre y que el fallecimiento de su padre fue un evento traumático muy importante en su vida. Dentro de los antecedentes familiares aparece que los abuelos fueron diagnosticados con esquizofrenia en algún momento de su vida.

Actualmente lo visitan algunos de sus hermanos y se le ve una constante expresión de tristeza profunda. Después de estar casi toda su vida internado, no puede conectar una oración o palabras con sentido, pues su deterioro cognitivo es ya muy avanzado. Hoy en día tiene 65 años y está internado en el hogar geriátrico hace muy pocos años. La primera vez que fue institucionalizado tenía los 18 años y fue a raíz de un evento psicótico en el cual tiene diferentes alucinaciones visuales como bolas negras en su cabeza, asimismo, las alucinaciones estaban acompañadas de muchos más síntomas como, autolesiones, intentos de suicidio, agresividad e irritabilidad y ansiedad. Juan no tiene conciencia de su enfermedad y cuando hablamos de esto me dijo que sufría del estómago desde hace mucho tiempo y que le habían dicho que estaba enfermo de la cabeza pero que él no creía.

Juan se dedicó a vivir con su madre, trabajaba ocasionalmente como mensajero, pero no le gustaba, nunca tuvo novia ni una relación con una mujer pues dice que siempre le dieron miedo y un poco de asco, lo cual le causaba ansiedad, contrario a esto, siempre se sintió atraído hacia los hombres. Comenzó a salir y a consumir alcohol casi a diario y se ponía violento con su madre y con su hermana, quien tiempo después también fue diagnosticada con esquizofrenia.

A Juan no le gustaba socializar ni le interesaba conocer mujeres, así pasaron los años

hasta que finalmente, su madre decide llevarlo al Hospital Psiquiátrico Julio Mario Manrique en Sibaté cuando él tenía 18 años, allí le diagnostican esquizofrenia catatónica a raíz de un episodio psicótico en donde intenta matar a su madre y que ella misma narra en la entrevista que le hacen que su hijo, además de mencionar que su hijo la maltrato física y verbalmente en varias ocasiones. No obstante, también se denota que en su infancia fue maltratado por su madre varias veces y cuenta que siempre lo regañaba y lo castigaba por todo, sintiendo que ella le tenía rabia pues no era así con sus otros hermanos.

Según Merino (1990), quien se refiere al papel de la familia y su estructura en pacientes esquizofrénicos, hay alguna evidencia de que los patrones de comunicación, dinámica y la estructura familiar de estos pacientes son diferentes de otros tipos de familia, afirmando que “*las perturbaciones de las relaciones familiares influyen en el comienzo de la esquizofrenia*” (p. 11), esto sustentado en la observación de familias de esquizofrénicos y no esquizofrénicos teniendo como área de estudio la relación del rol y la comunicación. Los estudios transversales mostraron que, dentro de la comunicación, se presentaba una desviación que aparecía comúnmente en familias de esquizofrénicos, pero no se puede decir lo mismo con respecto al afecto, el poder o conflicto.

Por lo tanto, se considera que la familia es un factor importante en este y en cualquier tema ya que es un elemento cultural que se considera fundamental para el desarrollo del sujeto y especialmente en la construcción subjetiva del individuo.

mis papás no eran amorosos ellos nos querían muy seco, yo me entendía más que todo con mis tías, las hermanas de mi mamá, cada vez que había una pelea yo me iba allá a hablar. (Marcela, Diario de campo, 2018)

Por otro lado, Marzotto (1997) explica el interés de los psiquiatras por el papel de la familia en una persona con esquizofrenia. Este fenómeno para el autor surge por la búsqueda

de una explicación a la enfermedad y porque en el momento del tratamiento también se involucra a los familiares. Así que “se ha dejado de colocar la psicosis en un ámbito puramente individual para insertarla en un contexto familiar, haciéndola no sólo inteligible sino también más abordable terapéuticamente” (p. 4).

Adicionalmente, complementando lo anterior, Bleger (citado por Marzotto, 1997) afirma que “los trastornos del paciente no se correlacionan exclusivamente con la dinámica del grupo familiar sino también con la del extragrupo (el comunitario) y con las relaciones entre ambos” (p. 4); con esto se refiere a que las situaciones que son propias del sujeto también afectan la familia y el entorno social, repercutiendo sobre todo el grupo y afectando la estabilidad psicológica de todos los miembros.

Yo sí creo que mi vida hubiera sido distinta si mi hubiera tratado al menos con más comprensión, pero yo no tuve la comprensión de mi papá, no sé de qué manera quería, era toda rara yo nunca pude entenderlo. (Marcela, Diario de campo, 2018).

Finalmente, para concluir este apartado, se considera que las relaciones que se construyen dentro del contexto familiar y social son fundamentales para los sujetos en el desarrollo de la identidad, las cuales permiten crear interacciones sociales. Como se evidencia a lo largo de la investigación, muchos de estos adultos mayores no tuvieron la oportunidad de crecer en ambientes considerados sanos y amorosos, algunos de ellos con familias ausentes o intermitentes, o simplemente fueron abandonados en un clínica, medicados y sin la oportunidad de crear vínculos fuera de esta realidad, lo cual, desde la perspectiva del paradigma sistémico, se puede entender que los aspectos transculturales de la sociedad tienen gran influencia en la esquizofrenia porque una vez la persona recibe el diagnóstico, debe ser atendida de forma integral. Nos obstante, en Colombia el abordaje

desde la salud mental es deficiente, dado que solo se ha tenido en cuenta como tema esencial en salud desde la década de los años 90's y aún no se ha tomado conciencia del incremento de las enfermedades mentales, lo cual deriva en un deficiente acompañamiento del sistema de salud a las personas diagnosticadas con esquizofrenia.

Las políticas, programas y planes del Estado han sido insuficientes especialmente en el acompañamiento psicosocial. Sin embargo y ya que esta produce la separación del sujeto con la sociedad, las personas como seres culturales no pueden tener una buena calidad de vida si la misma familia, sociedad y el sistema de salud no facilitan la construcción de su identidad dentro de nuestra cultura. (Peñas, 2000).

2.2 Relaciones vinculares

Al momento de terminar de recolectar la información, de categorizar y clasificar todas estas conversaciones e historias de vida, la primera pregunta que surgió fue él por qué era tan distinta la experiencia que había encontrado con las mujeres del hogar geriátrico privado a la de los hombres en la otra institución de beneficencia, ¿Acaso se trataba de una diferencia de género o debido a aspectos como la edad y/o condición socioeconómica? ¿O tal vez se trataba de las relaciones emergentes atravesadas por el contexto institucional? ¿Era por sus familias y la educación recibida en el seno de ellas? En fin, varias preguntas pasaron por la mente para poder reconocer que en este entramado todo tenía que ver y estaba relacionado, pero y ahora debía explicar y entender al mismo tiempo por qué en cada uno de los contextos, la esquizofrenia se evidenciaba de maneras distintas, y es que claramente como investigadora no había terminado de comprender que no se trataba del trastorno como objeto de estudio, es más ni siquiera se trataba del trastorno en sí. Esta investigación abarcó las relaciones contextuales, las trayectorias, los vínculos que emergen a lo largo de la vida de estas trece

personas que viven o vivieron con esquizofrenia y cómo estas condiciones de vida van influyendo o no en el trastorno.

En este marco, el vínculo es entendido como la explicación de las interacciones y como aquello que nos permite forjar un sentido de pertenencia y unión, además de compartir experiencias con familiares y personas allegadas. Más allá de las relaciones y la interacción, es importante tener en cuenta dentro de este sistema de relaciones los roles que cada uno ejerce, así como las jerarquías y las dinámicas relacionales dadas.

En relación con lo anterior, describiré la historia de París, en la cual se logra comprender la importancia del vínculo en las trayectorias de vida de los sujetos para el desarrollo de su identidad.

Paris proviene de la ciudad de Villavicencio y tiene 94 años, de los cuales lleva 44 viviendo en el hogar geriátrico, después de ser trasladado de La Colonia, pabellón psiquiátrico ubicado en Sibaté, en el que estuvo internado desde los 25 años cuando la policía lo arresta por matar a un hombre en una pelea en un bar, estando en estado de embriaguez. La ley colombiana del momento dicta una sentencia de 2 años en el “manicomio” ya que las pruebas psicológicas indicaron que era una persona con “debilidad mental”, además se sentenció que no podría salir hasta que se demostrara que no era un peligro para la sociedad.

Es una persona analfabeta ya que en su infancia y adolescencia no tuvo la oportunidad de estudiar debido a que su familia de escasos recursos lo abandonó desde que era un niño, por lo tanto, aprendió otros saberes como la agricultura y dedicó al campo hasta los 25 años. No se tiene mucha información sobre su red social ya en la historia clínica remitida del hospital psiquiátrico de Sibaté no hay información sobre familia o personas allegadas que hayan preguntado por el.

Su diagnóstico principal a raíz del episodio del bar fue esquizofrenia injertada, en donde se explica *“se injerto una esquizofrenia simple a raíz de un episodio de embriaguez”* además de estar desorientado en varios aspectos cognitivos y de pensamiento, ya que no se ubica en el espacio y tiempo. Su estancia en Sibaté duró más de los 2 años que la ley propuso inicialmente, ya que sus alucinaciones se mantuvieron durante mayor tiempo; sin embargo, sale al poco tiempo y dos años después regresa porque tiene problemas con las drogas y nuevamente es arrestado. Así mantiene varios años de su vida saliendo y entrando del hospital en Sibaté.

Actualmente este hombre no se puede comunicar verbalmente, no interactúa con su entorno ni con sus pares, tiene alteraciones y cambio de conducta, poniéndose agresivo ante distintas situaciones, sin embargo, no presenta síntomas psicóticos.

Teniendo en cuenta que los fenómenos están en permanente transformación y tomando como punto de partida la existencia del individuo como producto de la sociedad a la cual éste pertenece, se debe comprender que las condiciones sociales inciden en todos los aspectos de la vida del ser, así pues, la vida del individuo está enmarcada en un desarrollo histórico el cual solo puede ser dado en la vida social que le permite comprender y articular los sentidos. En este sentido, se entiende que las relaciones vinculares son otro aspecto fundamental como detonante del trastorno, junto con el contexto social, y a lo largo de la vida de las personas ya que los vínculos afectivos que se crean los primeros años de vida son esenciales en la construcción de nuestra identidad y nuestro equilibrio emocional.

Finalmente, se reconoce a la esquizofrenia como una enfermedad compleja en la cual se relacionan diferentes tipos de variables que inciden en el comportamiento de la persona, y que afectan de manera considerable sus procesos de construcción de identidad. De acuerdo con Cely (2017), la esquizofrenia afecta el equilibrio natural que se establece entre una

persona con su entorno social y cultural, por lo cual genera consecuencias asociadas a la participación laboral e intelectual y a cada uno de los procesos que se asocian al bienestar y a la calidad de vida, como las relaciones con otras personas, la valoración subjetiva ante los eventos y fenómenos del entorno y la forma cómo se construye la percepción sobre sí mismo.

2.3 Infancia, juventud y aspectos significativos.

Si entendemos el fenómeno de estudio como un sistema en constante interacción e interdependencia, lo significativo es todo aquello que mantiene vivo al sujeto, que lo forma como individuo y lo hace ser como es, es decir que, construye a la persona en su presente cargado de sentidos y significados latentes que se pueden expresar de muchas formas, como el relato.

Lo que emerge entonces en esta categoría nos sitúa en una línea de tiempo que le da sentido a la experiencia del sujeto, sin embargo, es importante aclarar que bajo este enfoque sistémico el pasado no es determinista ni se da desde una perspectiva lineal, sino que se vuelve presente en la narración, al evocarlo, porque actualiza en ella.

Yo me sentía rechazada, no era envidia, un papá o una mamá nunca debe hacer una comparación... mi papá era de los que decía que la letra con sangre entra, mi papá era muy agresivo y muy irónico. (Marcela, Diario de campo, 2018).

En relación con lo anterior, se puede evidenciar a través del relato de Marcela, lo significativo que ha sido para ella tener una relación conflictiva con su padre, ya que enuncia que él la maltrataba física y verbalmente, por lo que ella atribuye su esquizofrenia a este maltrato familiar, además menciona que tampoco se sintió apoyada por su madre y muy abandonada en su infancia. Sin embargo, siguiendo el planteamiento sistémico, el

razonamiento de Marcela resulta explicado de forma lineal en una lógica de causa y efecto, dejando de lado la multiplicidad de factores que pueden haber intervenido en su diagnóstico y vivencia de la esquizofrenia.

Para identificar en los relatos, la importancia de lo significativo y lo vivido en la infancia y la juventud, se describirán a continuación dos historias que permiten evidenciar estos conceptos a través de varias voces que se entretajan en el relato que se construyó. Con esto, Pizzinato, (2009) afirma que la cultura está ligada con la actividad humana, en donde el lenguaje no se presenta como un medio neutral ya que refleja las condiciones de la vida humana, en la cual se da la apropiación activa de este, ya que estas condiciones son generadas en la vida personal y los significados no son independientes de su cotidianidad. Según este autor, todo lo que decimos hoy está precedido por una historia social, porque cuando se habla, se habla con voces que el propio hablante acoge, todo esto precedido a un contexto cargado de significados previos. De esta manera, el lenguaje debe entenderse como la base en la cual se fundan las creencias y premisas que forman parte de las narraciones sobre situaciones humanas de la realidad.

Mercurio nació en Bogotá hace 67 años, vivió en una pequeña casa al sur de la ciudad junto a sus padres y tres hermanos hasta los 14 años, momento en que sus padres deciden hospitalizarlo ya que “en una discusión con su madre se pone un poco agresivo e intenta abusar sexualmente de ella”, palabras que permanecen escritas en su historial clínico, proveniente del centro masculino especial La Colonia en Sibaté.

Su madre cuenta durante la entrevista con el psiquiatra que desde los 7 años ella percibió a su hijo un poco diferente con respecto a los otros niños y hasta sus mismos hermanos, pues era muy callado, solitario, no respondía a las preguntas que le hacían y se mostraba un poco ansioso, así pues, sus padres deciden retirarlo del colegio en 4 de primaria

ya que tampoco respondía académicamente, y ahí notaron que había algo extraño en él, creyeron que tenía retardo mental (sin jamás consultar a un médico) y decidieron que él debía ayudarlo en la casa a su mamá y hacer los mandados, pues tampoco había dinero para invertir en su educación.

Le diagnosticaron esquizofrenia residual ya que presentaba síntomas psicóticos, agresividad, dificultad para relacionarse socialmente y poca comunicación verbal, además de esto, él cuenta que constantemente se sentía perseguido por diferentes hombres que no conocía. El resto de su vida transcurre en constantes fugas de la institución y cada vez que volvía a casa su padre, él volvía a llevarlo de nuevo. Finalmente, su madre muere unos años más tarde y comienzan los problemas entre sus hermanos y con su padre, quienes dejan de visitarlo por mucho tiempo; solo lo visita una hermana de vez en cuando, no sabe nada sobre sus otros hermanos y dice que no le interesa. En Sibaté estuvo hasta los 57 años, después es trasladado al Centro del Anciano San Pedro Claver, en donde actualmente reside, cuando dejó de ser un paciente agresivo. (Diario de campo, 2019)

En lo poco que pude hablar con él noté que es un hombre muy educado, le gusta caminar por todo el patio del hogar dando vueltas con unas revistas en su mano. Si se le hacen preguntas, dice que le gusta leer sobre historia, pero no puede mantener el hilo de la conversación por más de dos minutos, es evasivo y no muestra interés por hablar con los demás. Le pregunté que, si se había casado o si tenía hijos, a lo que contestó con un no y cuando intenté abarcar más sobre el tema y sobre sus padres y su infancia, me dijo que tenía que irse rápido porque tenía una cita con un señor. Así finalizó nuestra conversación, sin mucho más que decir.

Por otro lado, Escalus tiene 66 años actualmente, vive en Bogotá en el hogar geriátrico desde hace 9 años. Nació en Simijaca, un municipio en Cundinamarca en 1953 en

una familia compuesta por 5 hermanos, padre y madre. Terminó el bachillerato y es técnico en Contabilidad. Sobre su infancia no hay mucha información, más que vivió en una habitación con toda su familia durante mucho tiempo. Su padre era agricultor y su madre se dedicaba a cuidar de sus hijos.

A los 20 años se va a vivir a Bogotá solo en una habitación en el sur, su padre le ayudaba económicamente todavía y él se dedicaba a estudiar y trabajar en un banco de la ciudad, aquí es donde comienza a sentirse perseguido constantemente, comienza a presentar alucinaciones y a decir varias incoherencias. Siempre tuvo dificultad para relacionarse, no había tenido novia antes hasta que llegó a Bogotá, sin embargo, no parece que hubo nada inusual en su infancia.

Escalus comienza a presentar varios signos de psicosis, ya que veía gente distorsionada, además de tener ideas de grandeza y omnipotencia, también despersonalización y lenguaje desorganizado. No obstante, la razón por la cual sus padres comenzaron a preocuparse fue porque inventaba historias, como se expone en el siguiente fragmento:

tengo un amigo que es un ratón del espacio y el me protege de las personas que me están persiguiendo para hacerme daño”, “me estoy escondiendo de una gente de un banco que me persigue y me quieren llevar a marte”, además menciona haber vivido en otros países, conocer a Cristóbal Colón y vivir en Marte. (Escalus, Diario de Campo, 2018).

Por situaciones como estas, su padre decide llevarlo de vuelta a Simijaca y finalmente es internado en Sibaté a la edad de 33 años. Su padre preocupado afirma en la entrevista de ingreso que él ya no tiene recursos y que no quiere dejarlo, pero no puede más. Él y su familia afirman que le hicieron brujería y por eso comenzó a presentar esta conducta, testimonio

reforzado por su madre, quien dice que la mujer con la que estaba en Bogotá le hizo brujería porque él quiso terminar con ella, sin embargo, Escalus dice que decidió dejarla porque no sabía cuál era su orientación sexual y le producía mucha ansiedad no poder tener un rol sexual.

Finalmente es internado, comienza a volverse muy agresivo en la clínica tanto con el personal como con sus padres cuando lo visitaban, se escapó varias veces y su padre siempre lo llevaba de vuelta. Actualmente lo visitan dos hermanas en el hogar, le gusta andar con el periódico e inventar noticias falsas, no se ubica en tiempo ni espacio. Habla muy rápido y es difícil entender lo que dice, además de su lenguaje incoherente.

Para concluir, es importante entender que la investigación está considerada desde un enfoque constructivista, el cual permite entrever un nuevo orden social desde el que se estudia la forma en cómo se construyen los significados en el pensamiento y en la construcción el conocimiento. La psicología constructivista busca entender el comportamiento y dar una solución a problemas específicos, así pues, el constructivismo desde la psicología está basado en la idea de cómo los individuos generan conocimiento a partir de sus experiencias y desde un papel activo en el que crean sistemas de significado únicos en la realidad.

Capítulo 3: La esquizofrenia y la vejez

Este tercer capítulo tiene como finalidad mostrar al lector los resultados emergentes que surgieron en el desarrollo de campo, los cuales se categorizaron en los aspectos cognitivos, redes de apoyo y vínculos, relaciones y cotidianidad. Adicionalmente se creó un apartado que muestra la importancia de la institucionalización en sus vidas a través del discurso de estos adultos mayores.

Estos hallazgos permitieron abordar una discusión sobre la salud mental en nuestro país desde la perspectiva de las dinámicas presentes en los dos hogares geriátricos, teniendo en cuenta el sector privado y público en el que se instauran respectivamente.

3.1 La institucionalización

Al asistir a los hogares geriátricos, varias veces escuché que los ayudara a salir de allí, que les regalara un minuto para hacer una llamada para que vinieran por ellos o les diera algo de dinero para salir por su cuenta. Siempre sentí que me hablaban desde la voz de la desesperación, porque sé que tenían muy claro que de allí no podrían salir, además a dónde irían si en su mayoría no tenían familiares que se preocuparan por ellos.

Para Hernández Et. al (2009):

La instancia psiquiátrica ha sido acogida por el sistema institucional propio de nuestras sociedades [...] cuando un individuo asume el rol de paciente interno en la institución psiquiátrica, éste se encuentra ante el inicio de diversos procesos mediante los cuales trata de adaptarse a la nueva situación que le plantea su status de interno; situación enmarcada por los fundamentos que han legitimado al hospital psiquiátrico.

La institucionalización puede originar diferentes cambios en las personas que viven en este contexto, ya que genera cambio en la realidad y una necesidad de adaptación al cambio. En campo pude identificar en varias voces, no solo de aquellos con esquizofrenia, la necesidad de salir de las instituciones, ya que, si bien estos hogares geriátricos se alejan bastante de aquellas instituciones psiquiátricas, el encierro, el olvido y la poca autonomía que les permiten a los adultos mayores les produce falta de motivación, tristeza y hasta ira.

Yo decidí estar acá, pero después me arrepentí porque no tiene una libertad para hablar [...] No le permiten a uno ni recibir una llamada... Como si fuera presa (Marcela, Diario de campo, 2018).

A uno no lo dejan salir de acá, ni para tomar el sol. (Fray, Diario de campo, 2018).

Esta categoría de la institucionalización se crea con la necesidad de mostrar un poco de la realidad que estas personas viven en el encierro, en una cotidianidad limitada y de soledad. Para algunos, los hogares geriátricos fueron su primera vez reclusos en una institución, ya después de varios años transcurriendo una vida que podría denominarse como “normal”, pero para otros la institucionalización hace parte de su identidad, de su diario vivir y tal vez hasta no recuerdan otra vida que no sea del encierro. Por esto, me parece importante finalizar este apartado evidenciando una repercusión que pude evidenciar de la institucionalización ante la presencia de un diagnóstico y las demás dinámicas allí emergentes: El deterioro cognitivo.

3.1.1 Aspectos cognitivos

Continuando con el apartado anterior, esta categoría emerge principalmente en el hogar geriátrico San Pedro Claver, en donde logré identificar que los adultos mayores que aquí

residen no logran dar cuenta por si mismos de sus propias trayectorias de vida o identidad, narradas desde su propia voz, ya que con muy poca coherencia pronuncian apenas palabras sueltas, lo cual no quiero decir que no sean partícipes en la construcción de esta. Así que decido plantear una discusión acerca de por qué sucede esto, pensando en cuáles son los motivos del deterioro cognitivo y cuáles pueden ser los factores que se relacionan. Para esto me gustaría contar la historia de Romeo.

Tiene 77 años de los cuales lleva 15 en el hogar geriátrico, no tiene familia, nunca se casó ni tuvo hijos, no se sabe sobre sus padres o hermanos, nació en Bogotá y se dedicaba a ser vendedor ambulante, vivía en la calle en un cambuche, realizó sus estudios hasta segundo de primaria, tampoco estuvo institucionalizado antes. El motivo por el cual ingresa al hogar es por ser un adulto mayor en abandono total, el cual además muestra algunos síntomas de ansiedad cuando llega, con actitud retraída, no comparte con el resto de los adultos mayores o con los empleados de la institución.

En mi intento de establecer una conversación con él en varias ocasiones, puedo decir que jamás conocí su voz de manera directa, pues permanecía sentado en el comedor mirando a un punto fijo la mayor parte de su día, sin algún esfuerzo de hablar con alguien o mirar a los ojos a las personas que intentaban hablar con él. Sin embargo, la oralidad no es la única forma de conocer su propia voz y aunque lo sentía completamente desconectado, podía denotar en sus comportamientos cómo podía ser desde la manera en que se muestra y relaciona con su entorno.

Al no haber estado institucionalizado antes, no se tienen antecedentes médicos ni información sobre su vida para establecer una línea de tiempo. Lo único que logré rescatar en la historia clínica desde que ingresó al hogar es sobre su comportamiento en este, el cual siempre se describe como tranquilo. Me cuentan le gusta deambular por los pasillos, no se

relaciona socialmente, no colabora ni participa en ninguna actividad del hogar, es como si estuviera en otro mundo. a historia anterior es solo un ejemplo de la mayoría de los adultos mayores que tienen este trastorno mental, específicamente en un hogar geriátrico de beneficencia.

Este apartado surge por la necesidad de responder la pregunta de investigación referente a cómo los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia pueden construir su propia identidad personal a través del relato identitario.

Si bien el deterioro cognitivo de muchos no permite que logren tener una comunicación verbal fluida, prestar atención o procesar la información como el resto de las personas, por diferentes factores, lo que puede entenderse desde los resultados arrojados y lo que se logró relacionar es que; los adultos mayores que estuvieron la mayor parte de su vida institucionalizados, medicados, sin una red de apoyo estable y atravesados por las condiciones de la institucionalización psiquiátrica a lo largo de su vida, son aquellos adultos mayores que presentan un deterioro cognitivo avanzado y quienes no logran dar cuenta de su propia identidad bajo ninguna circunstancia relacionada con la expresión oral. No obstante, desde la visualización e interpretación de sus comportamientos se puede decir que su identidad se liga a la presencia de ciertos simbolismos, especialmente en la forma en que interactúan consigo mismos, con otros y con el entorno donde se encuentran, aunque muchas veces se aíslan.

Para el contraste de lo anteriormente descrito, las mujeres que no fueron institucionalizadas en ningún momento de su vida, hasta hace algunos años, en los hogares, tienen unas condiciones completamente diferentes en cuanto a aspectos cognitivos, como se muestra en los anexos, ellas pueden demostrar que pueden construir su propia identidad verbal y corporalmente y logran establecer relaciones con su contexto, recordando su infancia

y distintos aspectos significativos que sucedieron a lo largo de sus vidas, dando cuenta de ellos por sí mismas.

Para concluir, es importante mencionar que la respuesta que se le da a la pregunta tiene dos perspectivas distintas que ilustran la manera cómo puede darse cuenta la identidad propia, con resultados comparables entre sí, sin embargo, cabe resaltar que estos resultados no son generalizables, se sitúan en este contexto específico de los hogares geriátricos mencionados, específicamente con las 13 personas mayores en la ciudad de Bogotá con quienes se trabajó en el marco de esta investigación.

Asimismo, se considera relevante evaluar otras características que son de gran importancia para responder esta pregunta, a lo que se refiere los aspectos socioeconómicos, género, oportunidades de educación, entre otras, por lo tanto, a continuación, se realiza una discusión sobre estos aspectos que surgen en los hogares y en la vida de estas personas, los cuales vale la pena rescatar.

3.2 Las condiciones de la vejez en las instituciones de cuidado e identidad: Redes de apoyo, vínculos, relaciones y cotidianidad

Cuando me plantee la posibilidad de realizar mi trabajo de campo con adultos mayores que viven en hogares geriátricos, debo decir que no me llamó mucho la atención, porque en mi mente consideraba que el trabajar con adultos mayores iba a ser todo un reto puesto que había pensado ya en la posibilidad del deterioro cognitivo o simplemente porque la manera de acercarme a ellos suponía que iba a ser complicada y totalmente diferente al pensar en las actividades. Además, tras asumir el reto, resultó ser que la institucionalización algo que me marcó como investigadora, puesto que conviví en una realidad bastante dura y estigmatizada en nuestro país: el abandono a los adultos mayores.

Según el Ministerio de salud (2013), la vejez es definida como una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.

Teniendo claro esto, es importante abordar la vejez dentro de la institución en el marco de la investigación, ya que es distinto ser un adulto mayor en este contexto específico de hogares geriátricos a la manera como se envejece en otros contextos donde las relaciones no están mediadas por instituciones directamente si no por las normas que se imponen dentro de familia y otras estructuras de acogida como contextos de mayor libertad.

Recuerdo el primer día que llegué al hogar geriátrico Santa Teresa de Jesús, pude sentir un ambiente muy cálido y tranquilo, las mujeres estaban viendo televisión en la sala mientras tomaban las onces, las enfermeras se dedicaban a acompañarlas mientras la persona del aseo limpiaba el hogar. Este contexto permite entrever la estructura de una casa, además de parecer estar adecuado para ellas, las residentes, lo cual puede hacerse más familiar, pero más allá de hablar del espacio físico de este lugar, lo que ellas valoran es su privacidad y su autonomía de decidir si quieren realizar o no alguna actividad, pues hay otras opciones para ellas.

En este hogar geriátrico privado, todas provienen de familias con un estatus económico medio-alto, lo cual les dio la oportunidad de suplir sus necesidades básicas, además de tener experiencias diferentes como viajar, estudiar lo que les gustaba y actualmente pagar su estadía en estos hogares ya que ninguna de estas tres mujeres se casó ni tuvo hijos. El dinero proviene de ellas mismas o de familiares como sus hermanos, ya que además todas tienen en común que llegaron al hogar al morir sus padres, esto quiere decir que toda su vida sus padres hicieron cargo de ellas por y en diferentes situaciones.

Dentro de este hogar en general, la mayor parte de las mujeres cuentan con un núcleo familiar escaso, todas ellas tienen en común que ninguna tuvo hijos o una pareja sentimental a lo largo de su vida, por lo tanto, sus padres siempre se hicieron cargo de ellas y al momento de morir otros familiares las llevaron a estos hogares para que alguien cumpliera este rol, Sin embargo, solo una de las mujeres si se casó y estableció una relación de pareja y tuvo tres hijos.

En la otra cara de la moneda, en el hogar geriátrico San Pedro Claver la mayor parte de la población son hombres que cuentan con un núcleo familiar escaso, hasta el punto de hallarse en total abandono. Tienen en común que sus padres y hermanos se hicieron cargo de ellos hasta que decidieron institucionalizarlos por falta de recursos económicos o por la gran cantidad de tiempo que les suponía hacerse cargo de una persona con un trastorno mental, sin embargo, a diferencia del otro hogar, estos hombres son institucionalizados desde temprana edad.

Pensar en estas características y/o condiciones en la que viven los adultos mayores son fundamentales para el buen desarrollo de las personas y su misma calidad de vida, ante el hecho de pensar que el tener un baño y un cuarto propio, un televisor, poder acomodar las pertenencias de una manera específica como a la persona más le guste, para muchos no puede ser relevante, pero cuando comparamos esta “comodidad” con las condiciones del segundo hogar en donde hay hacinamiento y ninguno de los adultos mayores tiene un espacio de individualidad y privacidad porque deben compartirlo todo, se va desdibujando la figura del individuo, perdiendo la identidad propia y convirtiéndose en uno más sin la relevancia necesaria, un número más para las personas que cuidan de ellos. Cabe mencionar que el anterior planteamiento no se realiza a manera de criticar los cuidados y acompañamiento

dado desde el sector público a los mayores, porque de igual forma se reconoce la valentía y fuerza de las personas que día a día dedican su tiempo al cuidado del otro.

Otro aspecto que me parece importante aclarar es que mientras Rosalina del hogar geriátrico Santa teresa de Jesús ubicado al norte de Bogotá, está realizando muñecos de navidad como actividad de ocio, mientras come la fruta que alguna de sus hermanas le compró, Lorenzo al otro extremo de la ciudad, en un barrio catalogado como peligroso, le pide monedas a los funcionarios del hogar geriátrico San Pedro Claver para poder comprar en la tiendita de la cafetería un tinto porque en el comedor solo les sirven las porciones correspondientes a 3 comidas diarias. Estas condiciones de desigualdad surgen del interés por comparar las diferencias entre la construcción de identidad de los adultos mayores diagnosticados con esquizofrenia que se encuentran institucionalizados en el hogar geriátrico público San pedro Claver y el hogar geriátrico privado Santa Teresa de Jesús, puesto que estas diferencias socioeconómicas son también las que trazan la diferencia entre sus trayectorias de vida desde que nacieron dentro de sus distintos núcleos familiares y que enmarcan en parte las personas que son hoy en día desde la convergencia de su entramado vital.

En relación con lo anterior, me pregunté durante acercamiento a campo, si esto influirá en la manera en la que se relacionan actualmente, en lo que piensan y sienten, asimismo en sus enfermedades, preocupaciones, en la manera cómo perciben el mundo. Y claro que influye, puesto se da en medio de la multiplicidad de factores y esto se evidencia en sus relatos, en la manera cómo significan su vida y claramente en las condiciones actuales tan marcadas de un hogar a otro, pero ¿porque las condiciones socioeconómicas son tan importantes para el desarrollo de los seres humanos? Esta es una de las preguntas que surge

de esta investigación, que da pie a continuar en futuras aproximaciones, tal vez con una población más amplia en cuanto a instituciones y participantes.

Como se describió en el primer capítulo, los dos hogares se distinguen no solo por su condición de carácter privado y público, sino además por la cantidad de personas que se encuentran acá, tanto empleados como usuarios, la notable diferencia de edad entre unos y otros, además en el hogar de beneficencia las enfermedades físicas como cognitivas son más notorias que en el hogar privado. En cuanto a los espacios y su estructura, es importante mencionar que el hogar de beneficencia cuenta con un espacio verde en el cual los adultos mayores pueden realizar distintas actividades, desde caminar hasta yoga, evidenciando ya que es importante para los seres humanos en general tener espacios de este tipo dispuestos para su bienestar de vida.

Según el Ministerio de Protección Social colombiano, en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2007), afirma que

Las políticas públicas orientadas a garantizar un envejecimiento saludable se orientan a promover condiciones que permitan a las personas tener una vida larga y saludable. Esto supone intervenciones a través de todo el ciclo de vida para garantizar la salud, el empleo, las condiciones sanitarias y educativas, a promover que cada vez las personas mayores sean independientes, participativas, autónomas, con menores niveles de discapacidad por enfermedades crónicas; desmitificar la vejez como problema, y crear condiciones para que las personas mayores sigan participando en la vida económica y productiva, por medio de diversos empleos, así como en la vida familiar. Este enfoque se orienta a toda la población, impacta positivamente los costos de la atención en salud, pero

exige una planificación regida por las necesidades reales de la población en general, para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de todos. (p. 13)

Esto quiere decir que tanto las instituciones de cuidado sean públicas como las privadas tienen como objetivo principal garantizar los derechos de los adultos mayores, fomentando su dependencia y autonomía, al tiempo que se procura suplir las necesidades de cada una de estas personas. Lamentablemente en el contexto de nuestro país, y como se logró evidenciar en campo, los adultos mayores no tienen una red de cuidado ni de apoyo por parte de los familiares, puesto que la mayoría en los dos hogares se encuentran en total abandono y su única red de apoyo son los funcionarios de la misma institución donde viven, lo cual genera muchas veces frustración en ellos mismos, además de depresión porque se sienten olvidados y encerrados.

Finalmente, para lograr la contestación de las preguntas que emergieron durante la investigación y que fueron planteadas anteriormente, puedo afirmar que la institución y el cuidado que se le brinda a el adulto mayor influye significativamente en la manera como se relaciona con los demás y cómo percibe su vida y, por ende, su identidad. Se evidencia en todas las historias, tomando como referencia las conversaciones con Marcela, la existencia de inconformidad hacia sus cuidadoras primarias en las instituciones, que son las enfermeras y con sus hermanas, puesto se suele definir el lugar como una especie de encierro, donde no puede hacer lo que se quiere como salir, hacer llamadas, o el simple hecho de tomar un baño cuando la persona guste.

Dejarme ver a unas amigas mías... aquí allá... chequeando a uno como si estuviera cometiendo un delito como una presa, no me gusta eso. (Marcela, Diario de campo, 2019)

En las otras voces de las mujeres también se evoca un poco esta inconformidad y tristeza por estar encerradas o por tener que convivir con otras mujeres que para ellas no son parte importante de su vida. Excepto en la historia de Julieta, quien sí muestra satisfacción con su vida dentro del hogar, ya que no le gusta sentirse sola y puede utilizar su tiempo libre en actividades que le gusten, además manifiesta su gratitud con las enfermeras por el buen trato y por la comprensión.

Las enfermeras me critican todo, que todo está mal, que porque no me como alguna cosa porque no quiero estar gorda y me obligan. (Marcela, Diario de campo, 2018).

En el hogar geriátrico San Pedro Claver se evidencia lo mismo, varios de los hombres con los que logré establecer una conversación, además de otros adultos mayores que no hicieron parte de la investigación directamente, muestran su deseo por salir de ese lugar, evidencian su frustración al no poder estar con su familia, en el caso de quienes la tienen, además de su inconformidad por no tener privacidad o un espacio propio, ya que en ningún momento están solos. Desde esto y como lo mencioné anteriormente, son contextos totalmente distintos que permiten que la vivencia de la vejez sea experimentada de maneras diferentes.

Para responder a la pregunta sobre por qué las condiciones socio-económicas son tan importantes para el desarrollo de los seres humanos, en cuanto al trastorno y la relación con el contexto, es importante traer a discusión la relación entre trastorno, trayectorias y contexto, puesto que como se evidencia en campo, muchos de los factores determinantes u emergencia de la esquizofrenia y su diagnóstico fueron a la vez las dinámicas presentes en las relaciones tanto familiares como sociales que, con el tiempo y con base a un mal tratamiento,

empeoraron los síntomas y cada uno construyó su forma de expresar sus mecanismos de defensa ante la realidad que enfrentaban.

No empero, en este punto me gustaría que el lector imaginase una situación en la cual las condiciones sociales y económicas de los adultos mayores del hogar de beneficencia hubieran sido distintas, un contexto en el cual no hubieran sido institucionalizados desde temprana edad, en donde los padres tuvieran conocimiento sobre el trastorno y su vivencia, así como los profesionales psicólogos y psiquiatras de la época, un contexto en donde no hubiese abandono por parte de la familia porque no podían hacerse cargo de un miembro de la familia que no pudiese trabajar por una u otra razón, un contexto en el cual el gobierno implementará más información sobre la salud mental y se permitiera dejar a un lado el estigma social consecuente con las trayectorias de vida tanto de los familiares como de las personas diagnosticadas con el trastorno. Esta serie de suposiciones brindan un panorama bastante distinto al que se ha expuesto a lo largo del documento, ya que supone vislumbrar otra perspectiva entre tantos que pueden haberse presentado para todas las personas que son parte del entorno ecológico abarcado.

3.3 La salud mental en Colombia, desde el hogar privado Santa teresa de Jesús y el hogar geriátrico público San Pedro Claver.

De acuerdo con Observatorio Nacional de Salud Mental (2013) la esquizofrenia se ubica como un indicador priorizado de vigilancia epidemiológica dentro de los sistemas de salud del país, porque según el Ministerio de Salud (2013) esta enfermedad tiene una prevalencia del 1% de la población, porcentaje equivalente a 471.052 personas diagnosticadas. Esta cifra se equipara con lo reportado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2011), que indica que mundialmente el 1% de la población presenta la enfermedad, además de que se trata de una de las enfermedades psicóticas con los mayores costos de atención por los

factores de alto riesgo asociados con los tratamientos (Lindström, Eberhard, Neovius & Levander, 2007).

Según lo anterior, la esquizofrenia no es un trastorno que padezca la gran mayoría de la población a nivel mundial y, como si fuera poco, es demasiado costosa de tratar para quien la padece. Así, podría entenderse que las personas y las familias de estas que viven con dicha enfermedad son una minoría, no solo acá en Colombia. Entonces ¿estas son las razones por la que no hay promoción y prevención o debemos esperar a que sea un problema de gran magnitud para ser tratado debidamente?

Cuando me planteé este problema de investigación, no me pasó por la mente que iba a resultar discutiendo sobre la salud mental en nuestro país, sin embargo después de realizar un exhaustivo estado del conocimiento encontré que hay profundos vacíos en investigaciones sobre la esquizofrenia en Colombia y, en general sobre salud mental, a pesar de que hay demasiada información sobre las políticas públicas, los derechos y deberes de las instituciones y de los usuarios, por lo que consideré pertinente abrir un espacio para este tema en mi investigación, por lo que plantea como objetivo con relación a comprender si en el contexto de salud mental en Colombia y el enfoque dado a la evaluación e intervención en la misma se promueven procesos de apoyo para la construcción de identidad y también de qué manera afecta este contexto la construcción identitaria en sí.

La salud mental y sus enfoques vienen determinados por un contexto sociopolítico donde los avances en salud requieren inversiones de parte del Estado. Pese a que en el país se está tomando conciencia de su importancia, la salud mental aún tiene mucho camino por recorrer y por ello se requieren estudios que visualicen la problemática de la esquizofrenia desde una mirada multidisciplinar, para aportar suficiente conocimiento que permitan entenderla de manera integral y como componente de la salud desde su carácter psicológico,

especialmente desde la voz de la persona diagnosticada proyectando programas con mejores alcances en su calidad de vida respecto a las intervenciones tradicionales.

En consecuencia, con lo anterior, debo decir que a través de mi estudio en campo logré encontrar que aún para las familias y para los mismos cuidadores que hacen parte de las instituciones es complejo entender el trastorno, lo cual genera además de estigma, una idea vaga de que solo puede ser tratado a través de medicamentos, en este caso antipsicóticos, para controlar la presencia de algunos de los síntomas y, que en general, la persona que lo padece no puede relacionarse de manera “normal”. Más allá de evidenciar como se comprende el trastorno y al sujeto desde la mirada de los otros, me gustaría hacer un paralelo en esta estancia entre cómo se trata al individuo que padece la esquizofrenia desde la institución privada y pública.

Debo decir que no hay diferencias entre lo público y privado en cuanto a cómo se trata el trastorno, las hay en los cuidados, en las formas relacionales, en la calidad de vida, en el bienestar, esto tomando como referencia los hallazgos de esta investigación, pero directamente con los pacientes de esquizofrenia no hay tratamientos diferentes. A los que lo necesitan se les médica, pero están olvidados en estos espacios, por todos nosotros, no hay un acompañamiento psicológico, tampoco hay terapia para hablar de lo que sucede, más allá del diagnóstico y el control de los síntomas no se busca mejorar la calidad de vida en cuanto a salud mental de los adultos mayores, ni en la actualidad, ni en el pasado cuando los síntomas comenzaron, solo mantenerlos allí recluidos con los cuidados primarios.

Esto me lleva a preguntarme cómo estamos actuando profesionalmente y cuál es nuestro objetivo, no solo desde la psicología sino también desde las demás profesiones que se ven envueltas en este contexto, ¿será un problema directamente del sistema de salud o es un problema de nosotros y nuestra ética profesional?

Finalmente, no pude abarcar mucho sobre el tema de salud mental y el tratamiento, pero lo que logré comprender desde mi experiencia en campo es que, más allá del diagnóstico y de la medicalización, ninguno de los participantes tuvo otra opción de tratamiento, ni con su contexto relacional, ni individualmente. Hoy en día algunos siguen tomando medicamentos, otros ya no los necesitan, algunos ni saben que tienen este trastorno, esto evidentemente se relaciona con la manera cómo ellos comprenden el mundo, al relacionarse y crear vínculos atravesados por un diagnóstico y por un trastorno que nadie comprende realmente en qué consiste, así que más allá del trastorno y sus síntomas como tal, lo que hace que se cree una identidad diferente es el tema de la institucionalización ya que atraviesa todas las áreas del sujeto que debe verse inmerso en esta condición, además, las personas como seres culturales no pueden tener una buena calidad de vida si estructuras como la misma familia, la sociedad y el sistema de salud no facilitan la construcción de su identidad dentro de nuestra cultura.

Capítulo 4: Conclusiones finales

A partir del interés investigativo y los resultados obtenidos, se reconoció en un primer momento la relevancia de las categorías centrales de la investigación, concluyendo que la construcción identitaria a través de una mirada construccionista permite validar la experiencia del individuo a partir de las particularidades que cada participante tiene respecto a sus relaciones interpersonales, familiares y de contexto. A continuación, se darán a conocer las conclusiones del proyecto de investigación:

La identidad se comprendió desde la multiplicidad de roles, diferentes experiencias, significados, fuentes y actores que fueron partícipes en la vida de los adultos mayores, comprendiendo que, en las trayectorias de vida, los vínculos creados con lo demás trascienden en las diferentes esferas que componen el sistema del ser humano. Asimismo, muchas veces, las creencias y pensamientos de los familiares, cuidadores o núcleo cercano de la persona diagnosticada con esquizofrenia relacionan el trastorno con la espiritualidad y con las creencias religiosas y le asignan la sintomatología al mal, otras veces responsabilizan al alcohol y a las sustancias psicoactivas y no se trata el trastorno de una manera responsable e integral hasta que ya está avanzado.

Sin embargo, se encontró que los contextos familiares y sociales no solo son factores determinantes del diagnóstico, sino que la dinámica emergente en esta estructura también surge como uno de los elementos que contribuyen en la construcción continua de la identidad, así como los vínculos que se crean desde la infancia y los eventos significativos, positivos o negativos, que surgen a lo largo de la vida de los individuos y se convierten en experiencias en medio de sus trayectorias vitales.

Por otro lado, es importante reconocer las enfermedades y los trastornos mentales en el país como un problema de salud pública actual del que existen no solo vacíos en cuanto

a investigación, sino poca promoción y prevención hacia la población que puede llegar a padecerlos. Asimismo, es importante tener en cuenta la existencia de trastornos mentales poco conocidos y con poca tasa poblacional a nivel nacional, puesto que es un deber de la salud mental del país para estas minorías.

Adicionalmente, es importante concluir que existen grandes diferencias socioeconómicas en las trayectorias y las formas como el diagnóstico es tratado, por parte de las organizaciones de salud mental y del contexto relacional. La esquizofrenia en el país, y principalmente en las instituciones de cuidado, es estigmatizada y mal diagnosticada debido a la poca información a la que se puede acceder por el idioma o los medios de información.

Finalmente, lo que le da sentido a la investigación, es que no hay antecedentes previos con este contexto específico de adultos mayores diagnosticados con este trastorno en la ciudad de Bogotá que utilicen el relato identitario para dar cuenta de la identidad de los individuos, asimismo, investigaciones que muestran las diferencias entre la salud mental pública y privada en hogares geriátricos a través de las trayectorias de vida, además de evidenciar cómo estas diferencias contextuales se relacionan o influyen en la esquizofrenia.

En relación con lo anterior, se debe mencionar que los resultados no son generalizables y abren la puerta a seguir con la investigación, teniendo en cuenta los vacíos o preguntas que quedan sin responder en el marco de esta investigación.

4.1 Limitaciones y recomendaciones

En el desarrollo de la investigación se presentaron varias limitaciones. En primer lugar, el acceso a la población fuera de una institución o en condiciones de su cotidianidad no institucionalizada, siendo este el primer reto al que me enfrenté en una primera instancia de acercamiento a campo, gracias al voz a voz pude acercarme a algunas personas que cumplían con las características requeridas, sin embargo, ninguna de ellas accedió a participar en la investigación, por lo que se decidió aplicar la investigación en un contexto de institucionalización, el cual marcó una pauta a la hora de recolectar información, principalmente en la institución pública. Frente a esta limitación y dadas las preguntas que han quedado abiertas, recomiendo a futuros investigadores en el tema pensar en estrategias para encontrar información referente a cómo personas que viven con esquizofrenia y no están institucionalizadas dan cuenta de su identidad con relación a su desenvolvimiento en distintos contextos.

Otro de los limitantes que considero podría ser muy importante en futuras aproximaciones o para quien busque desarrollar un proyecto similar, es el acceso a las redes de apoyo familiares o cuidadores directos de estas personas a mayor profundidad. Como lo mencione en el segundo capítulo, esta población en específico no cuenta con una red de apoyo constante y/o presente y en algunos casos es nula, lo cual representó una dificultad para abarcar su relato frente a la identidad de quienes padecen de esquizofrenia, esto según lo propuesto inicialmente en los objetivos, y considero podría ser una variante interesante de abordar para conocer otras perspectivas por medio de las entrevistas, por lo que sería un gran aporte plantear una investigación con estas características.

Finalmente, se lograron obtener reflexiones importantes sobre el fenómeno estudiado, pero se considera que el número de los participantes con los que se realizó el estudio podría

llegar a ser más amplio para futuras aproximaciones, ya que el enriquecimiento de relatos y experiencias de más personas podría aportar resultados significativos en el marco de la investigación, además de poder realizarla en otras instituciones que alojen distintos pacientes ya que en últimas los resultados aquí plasmados figuran como un paralelo entre dos tipos de instituciones con personas diagnosticadas con un mismo diagnóstico. Esto permitiría brindar un panorama más claro sobre cómo las personas con esquizofrenia, y cualquier otro trastorno mental, pueden y dan cuenta de su identidad a través de distintos pensamientos, sentimientos y acciones para comprender con mayores indicios cómo es la vivencia del trastorno y cómo este repercute en la construcción misma del sujeto.

Referencias bibliográficas

- Abeleira, G. (2012). Esquizofrenia. Universidad de Salamanca. Recuperado de:
<https://Dialnet.unirioja.es>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2011). Tres millones de esquizofrénicos en Estados Unidos. Blog Amazings y NCYT; 1-4 Recuperado de
<http://noticiasdelaciencia.com/not/1265/tres-millones-de-esquizofrenicos-en-estados-unidos/>.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2017). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DMS-5™. Washington: APP. p. 1-492.
- AVIFES. (2008). Apuntes avifes sobre esquizofrenia. Asociación vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental. Disponible en:
<http://avifes.org/wpcontent/uploads/2014/09/AVIFES-ESQUIZOFRENIA.pdf>
- Bolívar, A & Domínguez, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social. Research, Vol 7, No 4
- Bolívar, A. (2001). La investigación biográfico-narrativa en educación enfoque y metodología. Ed. Muralla.
- Bruner, J. (1995) Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza. Cap. 4: La Autobiografía del yo.
- Carretero, m. (1997). Introducción a la psicología cognitiva. Buenos Aires: AIQUE Editores. p. 1-287.

- Cely, F. (2017). El Yo como Construcción Intersubjetiva: lo que Enseña la Esquizofrenia. *Revista colombiana de psicología*, 26(2), 207-234.
- Cintrón, I. (2012). La adaptación a la sociedad de los pacientes esquizofrénicos paranoides puertorriqueños. Trabajo de grado Maestría en Enfermería. San Juan de Puerto Rico: Universidad Metropolitana de Bayamón. p. 1-126.
- Cole, M. (1999). De la psicología transcultural a la segunda psicología. En: *Psicología cultural*. Madrid: Ediciones Morata. Capítulo 4. p. 99-112.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2015). Resultados encuesta nacional de salud mental 2015- ministerio de salud y protección social. Recuperado de: <https://www.colpsic.org.co/sala-de-prensa/noticias/resultados-encuesta-nacional-desalud-mental-2015>
- Colombia. Ministerio de Salud. (2013). En Colombia la prevalencia de la esquizofrenia representa el 1% de la población. *Boletín de Prensa*; 335:1-2. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx>.
- Domínguez de la Ossa, E. y Herrera, J. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/4455/34>
- Eslava, J. (2010). La medición de desigualdades e inequidades en salud. *Metodología de investigación y lectura crítica de estudios*. *Revista colombiana de psiquiatría*., Vol 39/ No.4

- Fonseca, J. (2012). Reflexiones sobre la construcción narrativa de la identidad, crisis y afrontamiento. *Psicoterapia y familia*. 25 (2), 5-16. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/298783503_Reflexiones_sobre_la_Construccion_Narrativa_de_la_Identidad_Crisis_y_Afrontamiento
- Fornés, J. (2011). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: valoración y cuidados*. Buenos Aires: Médica Panamericana. p. 1-404.
- García Montes, J. Pérez Álvarez. M. 2002. Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. Volumen 3. Número 1. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/337/33730107/>
- Gergen, K. y Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid, España: Paidós.
- Gergen, K. (2006). *Yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona, España: Paidós.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología del análisis de contenido*. Paidós.
- Llanos, L. (2010). “El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales”. Universidad Autónoma Chapingo. México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722010000300001
- Lindqvist D, Nimeus A & Traskman-Bendz L. (2007). Suicidal intent and psychiatric symptoms among inpatient suicide attempters. *Nord. J. Psychiatry*; 61(1):27-32. Recuperado de

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08039480601122064?journalCode=ipsc20>.

Loubat, O., y Rosario, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite*, 12(39), 15-25.

Marzotto M, Persichella C. 1997. Cuadernos de temas grupales e institucionales. Esquizofrenia y familia. Grupo 3. Nicaragua. Disponible en: <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-5-esquizofreniayfamiliaMMarzottoyCHPersichella.pdf>

Merino Hipólito, Pereira María. 1990. Familia y esquizofrenia: una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. Universidad de Santiago. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/28111/27221>.

Ministerio de Salud. (2013). “Envejecimiento y Vejez”. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Ministerio de Educación Nacional. (2009). “¿Que es la educación superior? Recuperado de: <https://www.mineduacion.gov.co/1621/article-196477.html>

National Institute of Mental Health. (2015). La esquizofrenia. [En línea] Recuperado el 31 de agosto del 2018 en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf

- Ochoa, S. Et al. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Revista de asociación española. Madrid. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000300006
- Pérez Álvarez, M. 2012. Esquizofrenia y cultura moderna: Razones de la locura. Universidad de Oviedo. Psicothema. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/727/72723431001/>
- Pizzinato, A. 2009. Psicología cultural. Contribuciones teóricas y fundamentos epistemológicos de las aportaciones de Vygotsky hacia la discusión lingüística de Bakhtin. Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del sur, Brasil.
- Rodríguez, P., y Castro, J. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Aquichan, 11(2), 22-55.
- Rozo, J. (2002). La terapia desde un punto de vista del construccionismo social: ¿Tiene algún sentido la terapia? Revista Psicología Científica. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/construccionismo-social-terapia>
- Taborda, E., Montoya, L., y Gómez, N. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. Revista colombiana de Psiquiatría, 45(2):118–123.

Anexos

Anexo 1. Matriz

INFORMACION BASICA								
# DE PERSONAS	NOMBRE	SEXO	EDAD	HOGAR GERIATRIC O	CIUDAD DE ORIGEN	GRADO DE ESCOLARIDAD	RED DE APOYO ACTUAL	SIBATÉ
1	TEOBALDO	M	83	SAN PEDRO CLAVER	SAN BERNARDO-CUNDINAMARCA	SEGUNDO DE PRIMARIA	NO	SI
2	MERCURIO	M	67	SAN PEDRO CLAVER	BOGOTA	CUARTO DE PRIMARIA	SI	SI
3	ROMEO	M	77	SAN PEDRO CLAVER	BOGOTA	SEGUNDO DE PRIMARIA	NO	NO
4	FRAY	M	64	SAN PEDRO CLAVER	BELEN DE UMBRIA-RISARALDA	NINGUNO	NO	NO
5	BENVOLIO	M	64	SAN PEDRO CLAVER	BOGOTA	NINGUNO	NO	SI
6	PARIS	M	94	SAN PEDRO CLAVER	VILLAVICENCIO-META	NINGUNO	NO	SI
7	LORENZO	M	73	SAN PEDRO CLAVER	JARDIN-ANTIOQUIA	PRIMARIA-NO	SI	NO
8	JUAN	M	65	SAN PEDRO CLAVER	BOGOTA	CUARTO DE PRIMARIA	SI	SI
9	ESCALUS	M	66	SAN PEDRO CLAVER	SIMIJACA-CUNDINAMARCA	TECNICO	SI	SI
10	ROSALINA	F	55	SANTA TERESA DE JESUS	BUCARAMANGA- SANTANDER	BACHILLERATO INCOMPLETO	SI	NO
11	JULIETA	F	58	SANTA TERESA DE JESUS	BOGOTA	PROFESIONAL	SI	NO
12	SUSAN	F	69	SANTA TERESA DE JESUS	BOGOTA	BACHILLERATO COMPLETO	SI	NO
13	ANA	F	78	SAN PEDRO CLAVER	BOGOTA	NINGUNA	SI	NO

Anexo 2. Definición de categorías

Categorías iniciales

CATEGORÍAS INICIALES	ASPECTOS IDENTITARIOS	La identidad es considerada como un fenómeno subjetivo, de elaboración personal, que se construye simbólicamente en interacción con otros. La identidad personal también va ligada a un sentido de pertenencia a distintos grupos socioculturales con los que consideramos que compartimos características en común.
	CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL	Desde una perspectiva sistémica se entiende que los individuos estamos ligados tanto a las experiencias colectivas tanto como individuales, no somos sujetos que actúan individualmente, ya que estamos en constante interacción, por lo tanto, tener en cuenta el ambiente (estructura familiar, redes de apoyo, organización de la familia, relaciones de pares) ayudan a entender cómo el sujeto se establece dentro de su contexto.

	RELACIONES VINCULARES (PERCEPCIÓN SOBRE REDES Y VÍNCULOS)	El vínculo entendido como la explicación de las interacciones nos permite tener un sentido de pertenencia y unión, además de compartir experiencias con nuestros familiares y personas allegadas. Además de las relaciones y la interacción, es importante tener en cuenta dentro de este sistema de relaciones los roles que cada uno tiene, las jerarquías y las dinámicas relacionales.
	INFANCIA Y JUVENTUD	Lo que pueda emerger en esta categoría nos sitúa en una línea de tiempo que le da sentido a la experiencia del sujeto, sin embargo, es importantes aclarar que bajo este enfoque sistémico el pasado no es determinista, se vuelve presente en el pasado porque actualiza la narración, pero no es visto desde una perspectiva lineal.
	EVENTOS SIGNIFICATIVOS	Si entendemos todo como un sistema en constante interacción e interdependencia, lo significativo es todo aquello que mantiene vivo al sujeto, que lo forma como individuo y lo hace ser como es, es decir construye a la persona en su presente cargado de sentidos y

		significados presentes que se pueden expresar de muchas formas, como el relato.
	AUTOPERCEPCIÓN	Entendida como la forma en la que los sujetos nos percibimos, describimos y observamos. Cómo narramos la idea de la autoimagen y auto definición la cual está atravesada por la manera como otros nos perciben.

Categorías emergentes

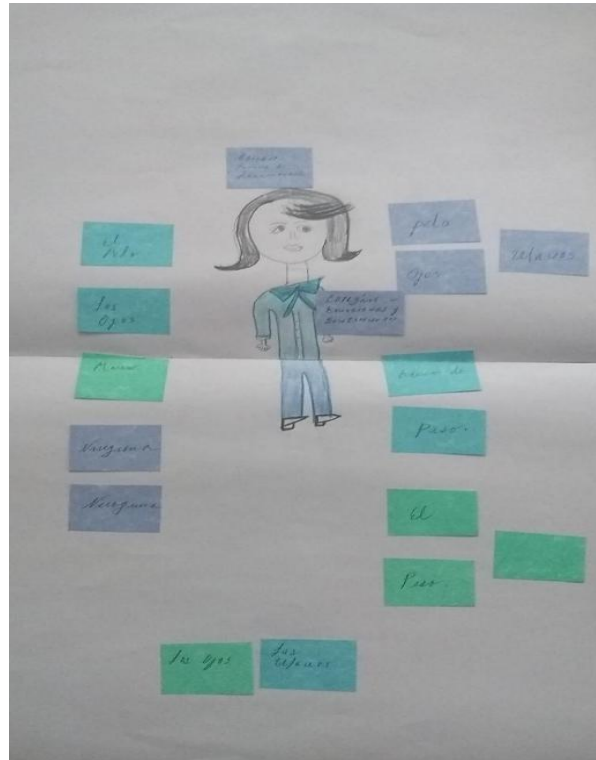
CATEGORÍAS EMERGENTES	CONDICIONES ACTUALES DE LOS ADULTOS MAYORES (ASPECTOS COGNITIVOS)	Esta categoría, emerge en el hogar geriátrico San pedro Claver, en donde logre identificar que los adultos mayores que aquí residen no logran dar cuenta de sus propias trayectorias de vida o identidad, narradas desde su propia voz, Sin coherencia pronuncian palabras sueltas. Así que decidí plantear una discusión acerca de porque sucede esto, cual es el motivo del deterioro cognitivo y cuáles pueden ser los factores que se relacionan.
	RED DE APOYO ACTUAL	Al realizar la aproximación de campo dentro de unas instituciones geriátricas, se evidencia la importancia/ ausencia de las relaciones que se estructuran en este espacio, no solo dentro de ellas, si no con sus familiares o responsables fuera de la misma, por lo que decido plantear esta categoría al evidenciar en las narraciones y diversas voces, fragmentos que definen las redes de apoyo de los adultos mayores.
	PERCEPCIÓN DE HOGAR	Al igual que hay que entender el contexto del sujeto en el pasado, es importante situarlo en su

	GERIATRICO (VÍNCULOS- RELACIONES- COTIDIANIDAD	condición actual para así entender las relaciones que emergen en este tiempo y espacio determinado.
--	---	---

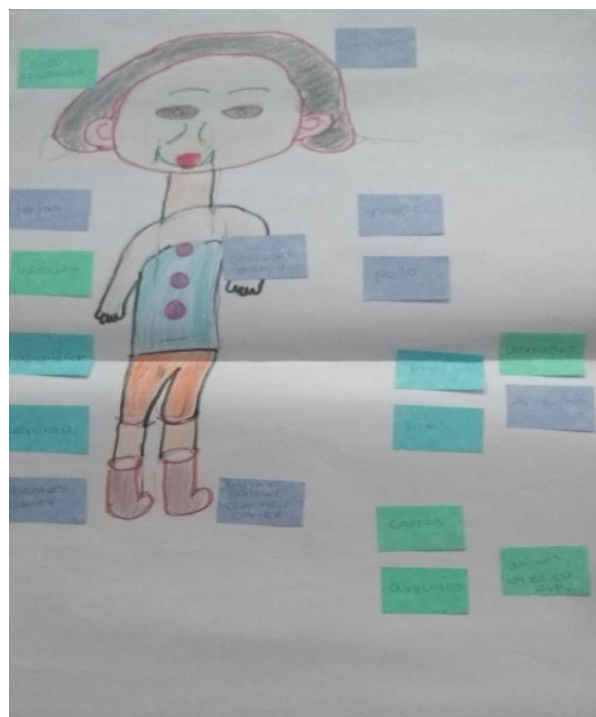
PERSONAS	CATEGORIAS INICIALES					CATEGORIAS EMERGENTES		
	ASPECTOS IDENTITARIOS				AUTOPERCEPCION	CONDICIONES ACTUALES DE LOS ADULTOS MAYORES (ASPECTOS COGNITIVOS)	RED DE APOYO ACTUAL	PERCEPCION DE HOGAR GERIATRICO (VINCULOS-RELACIONES-COTIDIANIDAD)
	CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL	RELACIONES VINCULARES (PERCEPCION SOBRE REDES Y VINCULOS)	INFANCIA Y JUVENTUD	EVENTOS SIGNIFICATIVOS				
TEOBALDO	Se crio con sus padres y 11 hermanos, se describe a su madre como poco afectiva y poco amorosa, mientras que mantuvo una relacion mas cercana con su padre. Es el segundo de 11 hermanos. Tiene antecedentes de trastornos mentales por parte de su padre, sobrino y un tio. Proviene de un pequeño municipio cercano a la ciudad. No se menciona pareja o hijos, amigos o alguien distinto a su familia	Se describe odio hacia la madre. Ella es poco afectiva y poco amorosa segun el informe de psiquiatria en sibate. La relacion mas cercana es con el padre, y este le transmite sus saberes sobre agricultura al trabajar con el desde muy joven.	Agricultor desde niño, estudio en el colegio hasta segundo de primaria. Se describe como poco comunicativo, no se relacionaba con otros niños ni tenia amigos, era retraido, solitario, miedoso. En la adolescencia comienza a consumir alcohol y drogas. Tampoco tenia una relacion cercana con sus hermanos. Se va a prestar servicio militar, consue	Prestar servicio militar, atacar a su hermana con un cuchillo, matar animales, dejar el colegio, consumo de SPA, diagnostico de esquizofrenia, ser internado en sibate	Se consideraba alcohólico en su juventud, nunca aprendió a escribir ni a leer, en la actualidad dice que le hubiese gustado, pero ya está muy viejo para eso. dice que tiene unas voces en su cabeza que le dicen que quieren hacerle el mal, a veces lo insultan y lo tratan mal, también siente frecuentemente que se cae de se sentia perseguido constantemente por hombres que el no conocia. Le gusta leer sobre historia.	No puede establecer una conversacion amplia en contenido/ es monosilabo/ no hace contacto visual al dirigirse a otros/ conductas ansiosas/ deterioro cognitivo avanzado. último presidente que recuerda de nuestro país es Rojas Pinilla.	No recibe visitas desde hace 13 años. Su red de apoyo podria considerarse sus compañeros del hogar y los trabajadores como las terapeutas y enfermeras	No le gusta relacionarse con sus compañero, pasa el tiempo solo en espacios cerrados. trabaja en terapia ocupacional. dicen las enfermeras que no le gusta compartir cuarto con otros, no le gusta tomar el sol .
MERCURIO	Se crio con sus dos padres y 3 hermanos, al sur de la ciudad en una familia de escasos recursos. Desde pequeño mantiene constantes peleas con padres. Despues de ser institucionalizado varias veces su familia deja de visitarlo o preocuparse por el. No se menciona pareja o hijos, amigos o alguien distinto a su familia	Sus padres creen que es retrasado mental porque era muy callado y solitario. Se vuelve agresivo con la madre. No le interesa saber de sus hermanos en la actualidad. Mantiene constantes peleas con padres e intenta abusar sexualmente de su madre	vive con sus padres al sur de bogota hasta los 14 años. A los 7 años lo perciben diferente a los demas por ser un niño callado, solitario, ansioso a diferencia de sus hermanos. Lo institucionalizan por primera vez a los 14 años. Estudia hasta 4 de primaria cuando sus padres deciden retirarlo del colegio porque creyeron que	lo internan en sibate a los 14 años/ intenta abusar sexualmente de la madre/ se retira del colegio en cuarto de primaria/ no hubo consulta a un medico hasta los 14 años/ se dedicaba a hacer mandados en su casa		no puede mantener el hilo de la conversacion por mas de dos minutos/ constantemente esta ansioso caminando por todo el hogar/ es evasivo a las preguntas que se le hacen	Recibe visitas ocasionales de una de sus hermanas. Y el quipo de trabajadores del hogar.	No muestra interes por relacionarse con nadie dentro del hogar/ le gusta participar en las actividades del hogar que son pagas el resto no, Le gusta usar el dinero para comprar cigarrillos. Se dedica todos los dias a caminar por el hogar con revistas o papeles en su mano/ habla solo
ROMEO	No hay informacion sobre su familia ni nadie cercano que haya preguntado por el, no se caso ni tuvo hijos. Nunca nadie se ha hecho cargo de el	abandono total por parte de su familia nuclear	se dedico gran parte de su vida a ser vendedor ambulante / vivia en la calle/ no fue institucionalizado hasta los 65 años	no termino la primaria / su primera vez institucionalizado es en el hogar de adultos mayores	no hay informacion	no responde a la conversacion/ no hay contacto visual de su parte/ su mirada se mantiene hacia un punto fijo durante mucho tiempo	Nunca se ha presentado ningun familiar a la institucion para preguntar por el.	no le gusta compartir ni con los empleados o demas adultos mayores/ no participa en ninguna actividad del hogar/ no habla con nadie
FRAY	Crecio y se crio con sus padres, es hijo unico, su padre lo golpeaba por darle quejas a su madre. Describe a su madre como muy cariñosa y al padre alejado/distante. proviene de un municipio cercano a la ciudad de pereira. Menciona a una amiga	no le gusta como sus papas lo trataban/ padre le transmite su saberes desde muy pequeño/ nunca quiso casarse ni tener hijos (problema)/ no extraña a sus padres porque nunca le dieron buena vida/ madre muy cariñosa/ padre alejado/ no relacion con la educacion/	no estudio nunca, y trabaja desde muy pequeño, nunca le intereso cuando joven leer y escribir / recuerda que su mama jugaba mucho con el / no fue institucionalizado antes de llegar al hogar geriatrico	se va de la casa a los 9 años/ su padre deja de llavarlo al trabajo y el se siente abandonado por el / su primera vez institucionalizado es en el hogar de adultos mayores	no le ha gustado estudiar nunca/ si le gusta trabajar/ le gusta andar solo	si puede mantener una conversacion amplia en contenido sin embargo no por mucho tiempo/ tiene problemas de memoria y olvida las cosas rapido/ no tiene deterioro cognitivo como el resto/ no es monosilabo	no tiene una red de apoyo activa/ su familia jamas lo ha ido a visitar/	no le gusta el hogar/ le parece aburrido/ no le gusta trabajar en el hogar/ mantiene el dia viendo television en la sala o en su habitacion recostado
BENVOLIO	abandono por parte de los padres desde que tienen 4 años. crece en el ICBF y ha pasado por diferentes instituciones a lo largo de su vida, no tuvo esposa ni hijos	sin nucleo familiar actual, nunca lo tuvo/ tampoco tiene una red de apoyo/ le gustan las prostitutas	sus padres lo abandonan/ toda su infancia y parte de la adolescencia la pasa en el ICBF/ consumo de sustancias psicoactivas/ vendedor ambulante/ recidador/	Abandono de sus padres a los 4 años/ vivir en la calle/ consumir drogas/	alcoholico/ cree que esta ciego / se define como borracho /	no tiene ninguna alteracion de conciencia pero lo median con atipicos por mas de 15 años/ diagnosticado con hipersexualidad	Su núcleo familiar en la actualidad es nulo, no tiene una red de apoyo ni la tuvo durante su vida, no se caso ni tuvo hijos	cambios de conducta al entrar al hogar/ presenta conductas de excitación constante en donde se masturba en publico frente a las
PARIS	no hay informacion sobre su familia ni nadie cercano que haya preguntado por el/ proviene de villaviciencia/ no estudio / familia de escasos recursos/ lo abandonan cuando es niño	abandono total	trabajo como agricultor hasta los 25 años/ no estudio/ uso de drogas	no estudio / aprende sobre agricultura / matar a un hombre / ser internado en sibate / no terminar la primaria	alcoholico/ alucinaciones	no se puede comunicar verbalmente, no interactúa con su entorno ni con sus pares, tiene alteraciones y cambio de conducta en donde se pone agresivo, sin	Nunca se ha presentado ningun familiar a la institucion para preguntar por el.	lleva 44 años en el hogar geriatrico, familiar a la institucion para preguntar por el.
LORENZO	padres y 14 hermanos / proviene del Jardin, un pequeño pueblo en Antioquia/ se casa y tiene dos hijas/ se separa poco tiempo despues / se hace cargo de sus hijas	extraña a sus hemanos/ intento matar a su esposa/ esposa lo abandona se va con otro hombre/ abandona a sus hijas / padre muere	curso de arte en el sena/ prestar servicio militar/ estudios hasta segundo / estudia hasta segundo de primaria	prestar servicio militar/ intentar matar a su esposa	sabe sobre defensa personal/ artesano/	Es un hombre que tiene las capacidades cognitivas para entablar una conversacion fluida, sin embargo es muy callado	sus hijas van a visitarlo constantemente al hogar junto a sus nietos, siempre han estado pendiente de el. Ellos lo internaron lo visitan actualmente algunos de sus hermanos, sin embargo no es activamente.	se aburre mucho en el hogar/ no le gusta compartir el cuarto con sus compañeros porque no tiene privacidad/trabaja en Terania
JUAN	padres/ el menor de 5 hermanos/ embarazo no deseado / su padre muere / infancia con maltrato / nunca tuvo novia ni una relación con una mujer, siempre se sintió atraído hacia los hombres / hermana con esquizofrenia /los abuelos fueron diagnosticados con	madre muy mayor a la hora de dar a luz/ embarazo no deseado / madre poco afectiva y cariñosa/ madre maltratadora / se siente diferente a sus compañeros del colegio / siempre le dieron miedo y un poco de asco las mujeres lo cual le	estudia hasta cuarto de primaria/ deja el colegio / institucionalizado en sibate a los 18 años/ alcoholico/ agresivo	a los 10 años decide dejar el colegio al sentirse diferente a los demas/ ingreso a sibate	alucinaciones visuales/ no tiene conciencia de su enfermedad/ me dijeron que estoy enfermo de la cabeza pero yo no creo / atraccion hacia los hombres			
ESCALUS	padres y 5 hermanos/ familia de escasos recursos/ padre agricultor/ madre ama de casa/ proviene de simijaca	buena relacion con padres y hermanos / padre presenta preocupacion por internar a su hijo	termina todo el colegio/ comienza un tecnico	irse a vivir a bogota/ trabajar en un banco de Bogotá mientras estudia/ ser internado en sibate	se siente perseguido	no se ubica en tiempo ni espacio. Habla muy rápido y es difícil entender lo que dice, además de su	lo visitan sus dos hermanas activamente y participan en las actividades del hogar	le gusta andar con el periódico por el hogar e inventar noticias falsas
ROSALINA	Bucaramanga, relacion mala con ambos padres/ vive con sus padres y hermanos hasta mayor/ se viene a vivir a bogota con su familia al poco tiempo de nacer/ nunca tuvo una relacion amorosa/ no se caso ni hijos/ vivio con sus tias por un tiempo/ familia de buenos recursos	mala relacion con ambos padres/ padre agresivo verbalmente con ella y demas hermanos/ buena relacion con una de sus hermanas/ relacion cercana con sus tias maternas/ amistad con una	no termino el colegio / se dedica a trabajar y hacer cursos manuales/ timida, retraida, dificultad para establecer relaciones sociales/ no amigas/ no pareja sentimental	muerte de su hermana/ muerte de sus tias/ cuando se va de la casa porque su hermano le pega/ intento de suicidio/ muerte de su madre/ ingreso al hoga geriatrico / no haber	tiene baja autoestima, considera que no sirve para nada porque según ella no hizo ninguna labor durante su vida / tiene una vision distorcionada de su cuerpo/ se considera muy callada y retraida/ muy sensible /	puede establecer una conversacion buena, en contenido, no tiene fallas de memoria/ ni deterioro cognitivo / recuerda muy bien los hechos de su vida y en el tiempo que sucedió/ no establece contacto	actualmente su unica red de apoyo activa es su hermana menor y sus hijas, es decir sus sobrinas, quienes la visitan ocasionalmente	las relaciones dentro del hogar geriatrico son de cordialidad sin embargo sus mujeres no comparten mas alla de las actividades que les toca hacer juntas o compartir un espacio fisico como las comidas, ver television
JULIETA	padres y 2 hermanos/ vive con sus padres hasta que ellos mueren y sus hermanos pasan a hacerse cargo de ella/ no tuvo ninguna relacion sentimental a lo largo de su vida/ no tuvo hijos	buena relacion con padres y sus dos hermanos/ tiene un vinculo muy cercano con su padre/familia muy unida y amorosa/ nunca pudo establecer	termino el colegio y entro a estudiar comunicacion social en la Universidad Eternado de Colombia/ hace énfasis en eventos como la primera comunión,	muerte de sus padres pero especialmente el de su padre / depresion por perder a su padre/ entrar a la universidad	su imagen corporal esta distorcionada, cree que esta gorda y que deberia bajar de peso, nunca se ha sentido bien con su peso/ se ve a ella misma	tiene muy buena memoria, no recibe ninguna terapia ya que tiene la autonomia de realizar actividades por si sola, como	la persona responsable o a cargo de ella es su hermana mayor, quien es la que mas la visita, sin embargo su hermo tambien va ocasionalmente	le gusta vivir en el hogar porque siente que no puede hacerse cargo de ella misma sola, en aspectos como pagar los recibos, mantener una casa limpia,
SUSAN	padres y 1 hermano/ crecio y vivio con ellos hasta adulta/ hermano la lleva al hogar/ no se caso ni tiene hijos/ no mantuvo ninguna relacion sentimental			primera comunión/ bautismo/ viajes		Rosita en relacion con las demas mujeres, tiene un deterioro cognitivo muy avanzado, no logra realizar una actividad completa, se	no tiene una red de apoyo activa, la persona a cargo de ella es su hermano el cual responde	no le gusta compartir con sus compañeras, sin embargo con las enfermeras y demas empleados si, le gusta llamar la atencion de ellos/
ANA	padres hija unica/ se casa con un hombre/ tiene dos hijas/ si mantuvo relaciones sentimentales a lo largo de su vida	relacion conflictiva con sus padres/ relacion conflictiva con su esposo/ buena relacion con sus hijas y red de	trabajo desde pequeña/ no le gustaba estudiar/ se fue de su casa a temprana edad/ establecio varias relaciones	nacimiento de sus hijas/ matrimonio/ nacimiento de sus nietos	se siente muy bien con relacion a su autoimagen/ sus logros y la manera como establecio una familia y crio a	semi- funcional, deterioro cognitivo avanzado, no logra establecer conversaciones largas/	no tiene una red de apoyo activa, la personas a cargo de ella son sus hijas. las cuales no la visitan con	le gusta rezar mucho, gran parte de su dia lo utiliza para esta actividad/ es muy amigable. si le gusta relacionarse

Anexo 3. Cartografía del cuerpo

Julieta

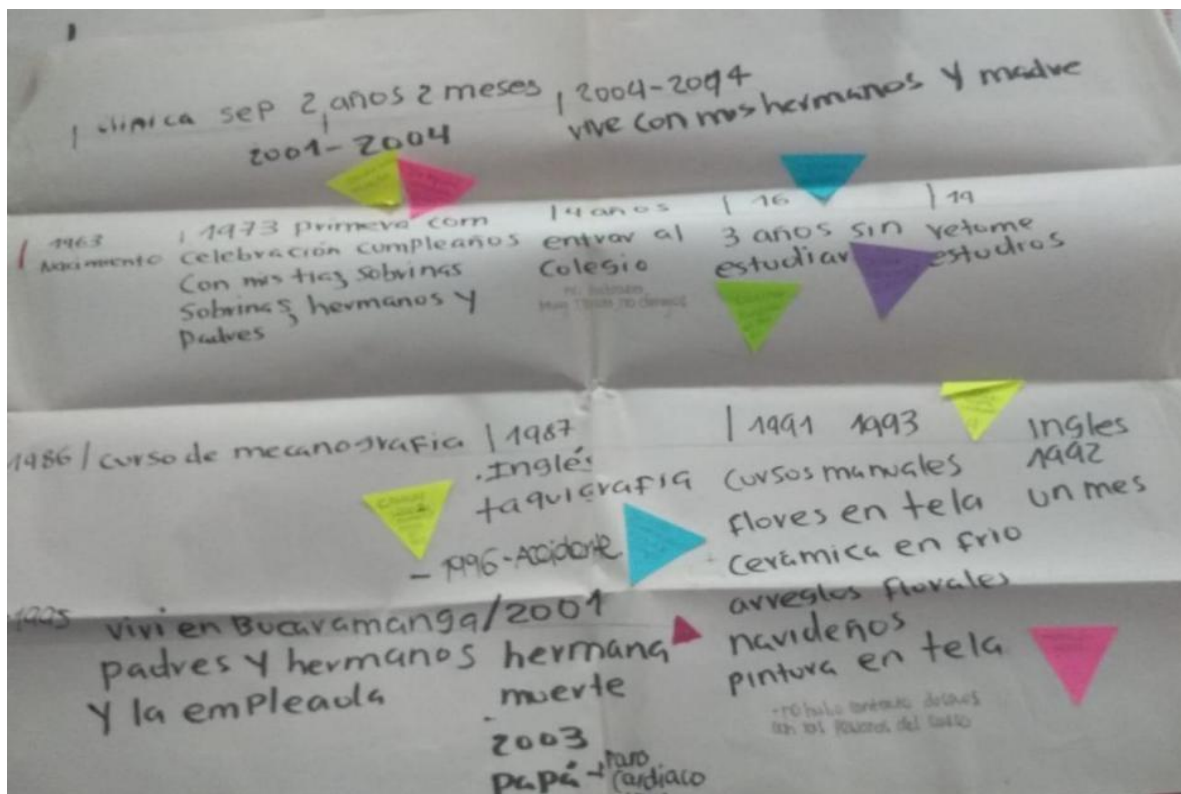
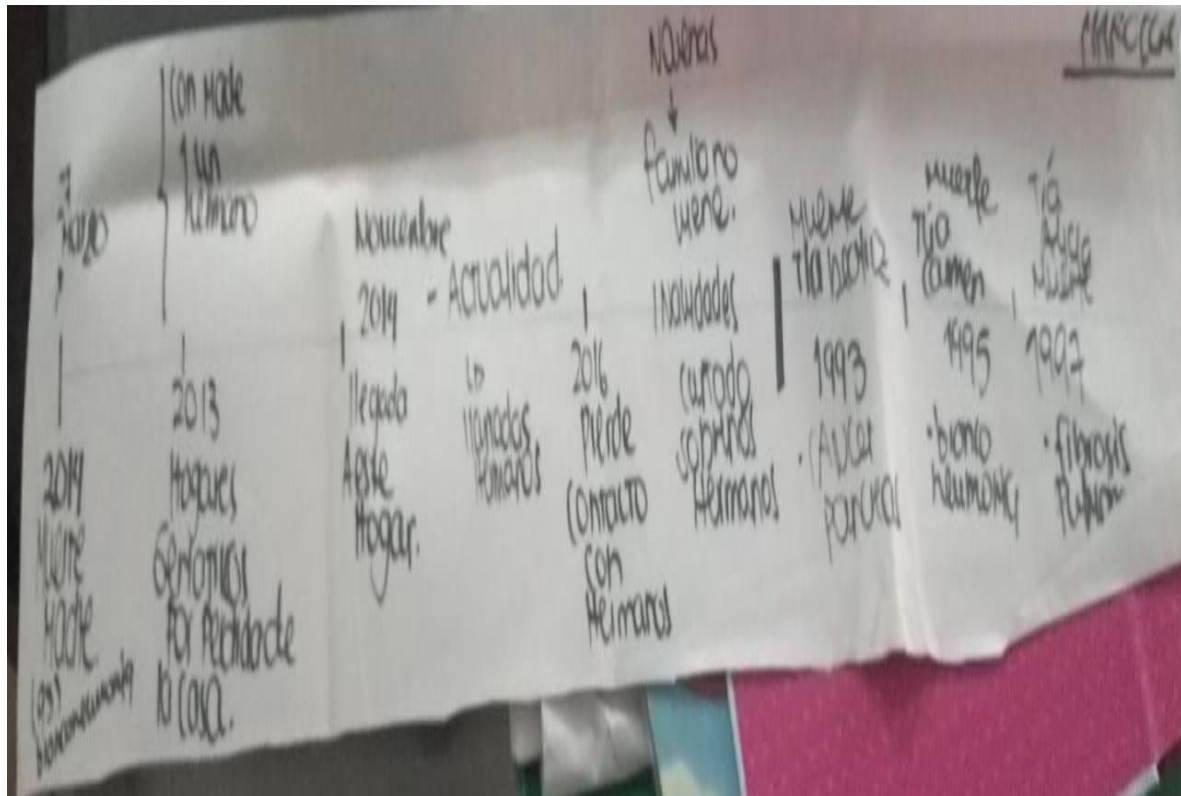


Rosalina



Anexo 4. Líneas de tiempo

Rosalina



- (1) 18 de Diciembre, 1959. Nacimiento. (2) Bautismo (3) 1.965. Ingreso al Colegio. → Kivdar. MIXTO.
- (4) 1.968. Ingreso al Colegio de Mujeres. → 3º de Primaria. (5) 24 de Mayo de 1.969. Primera Comunión. (6) 1971 Ingreso al Bachillerato. RATO.
- (7) 1975, 1976 - Operaciones Jovar de la Boca. (8) 1976. Grado de Bachillerato. (9) 1977 al /30 de fin de que profesión estudiar.
- (10) 1.981 - Inicio de estudios UNIVERSITARIOS: - COMUNICACIÓN Social. (11) 1.985. Grado Universitario de Comunicación Social.
- (12) 1.991 Enero - Operación Quirúrgica por Peritonitis. (13) 1991 Septiembre, Nacimiento de mi primera Sobriva. (14) 1994. Nace mi segunda Sobriva.
- (15) 1995 - Nace mi tercera Sobriva. (16) 2.000 - Fallecimiento de Mi Mamá. (2 de Julio). (17) 2.006 - A.C.V. de mi Papá.
- (18) 2.011 - Fallecimiento de Mi Padre. (4 de Diciembre). (19) Desde el 5 de Diciembre del año 2.011 (muerte de mi papá) hasta el 3 de Abril de 2.014, viví sola en el apartamento. (20) Llego al hogar, el 4 de Abril de 2.014.

