

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**EL CASTIGO DE LA LOCURA:**  
**Las mortificaciones que viven los pacientes en una**  
**institución psiquiátrica.**

TRABAJO TERMINAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

CASTILLO FRAGOSO MIROSLAVA JUDITH

HERNÁNDEZ RIVERA DIANA LAURA

VARGAS BANDA EMMA DANIELA

ASESORES:

DRA. YOLANDA ALICIA CORONA CARAVEO  
PROF. TOMÁS CORTÉS SOLÍS

LECTORES:

DRA. ANA VITALIEVNA SOKOLOVA GRINOVIEVKAYA

## AGRADECIMIENTOS

Miroslava Judith Castillo Fragoso:

A mis padres:

Jamás tendré las palabras suficientes para agradecer el amor, la paciencia, el apoyo incondicional y que creyeran siempre en mí, me enseñaron los valores más importantes y a seguir adelante con amor y seguridad de quien soy. Lograr llegar hasta donde estoy fue, es y será siempre gracias a ustedes. Los amo y honro con todo mi corazón.

A mi familia:

Por cada palabra de aliento, por escucharme y por el apoyo incondicional cada vez que sentí que no podría más ante situaciones adversas que dificultaron mi caminar.

A mis amigos y amigas:

Sin ustedes el camino recorrido en la universidad no hubiera sido el mismo, compartir con cada uno de ustedes fue enriquecedor en muchos sentidos. En especial, gracias a Diana y Emma, quienes se han convertido en mi familia, su apoyo, comprensión, paciencia y cariño fueron vitales para culminar esta etapa.

Diana Laura Hernández Rivera:

A mi padre:

A mi padre porque siempre ha sido el ejemplo perfecto de que sí se puede, pese a las circunstancias, y no hay manera de demostrarle mi gratitud por el gran sacrificio que ha hecho para que nuestra familia esté bien en todos los sentidos. A ese hombre por hacerme saber que, pase lo que pase, estará ahí para cuando lo necesite. A él porque jamás ha escatimado ningún esfuerzo para formarme y educarme, por siempre centrarme, y porque su apoyo ha sido incondicional en cada una de las decisiones que he tomado antes y durante mi carrera, porque siempre ha querido lo mejor para mí. A ti, papá querido, por tu paciencia y porque tu única ilusión es que me convierta en una persona independiente y de buena fe. A ti porque cada día me llenas de orgullo e inspiración. Te amo.

A mi madre:

A mi madre porque es la persona que jamás me ha dejado sola, me ha acompañado en cada uno de mis desvelos, preparándome café, y sé que no hay manera de pagarle cada una de esas noches. A ella por ser el sostén primordial de nuestra familia, porque ha sacrificado parte de su vida para que tuviera la mejor formación. A ella porque su amor y amistad me llenaron el alma cuando estuve a punto de tirar la toalla. A esa mujer porque me dio la oportunidad de existir y, con su esfuerzo y tolerancia, han hecho de ella un gran ejemplo que pienso seguir. A ti, mamita hermosa, porque siempre me alientas a perseguir mis sueños y quieres verme volar alto sin despegar los pies del piso, porque mi felicidad es la tuya también. A ti porque te admiro como persona, como mujer y como madre. Te amo.

A mi hermano:

A mi hermano porque ha sabido cómo estar para mí, apoyándome en cada momento de mi vida y de mi carrera, porque ha crecido a mi lado, llenándome de sus sabios consejos, para ser de mí una persona correcta. A él por ser ese soporte y protección cada día de mi existencia. A él porque ha sido ese amigo incondicional que la vida me dio y sin él no me sentiría tan afortunada. A ti, hermanito de mi corazón y de mi alma, que me has enseñado a verle el lado positivo a las cosas, por nunca rendirte y por ayudarme a desestresarme, sacándome varias sonrisas. A ti porque te has convertido en un ejemplo de vida. Por tu cariño y sabiduría, gracias. Te amo.

A mis amigas y amigos:

Por sus enseñanzas y apoyo incondicional durante este camino recorrido, en particular, gracias a Miroslava y Emma, con quienes estoy encantada de haber coincidido. A ellas porque me han demostrado el significado de una hermosa amistad. Gracias por convertirse en mi familia y por siempre sacarme una sonrisa con sus ocurrencias, chicas. Gracias por darle sazón a mi vida porque sé que, este trayecto no hubiera sido lo mismo sin ustedes.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
<b>SUPUESTOS TEÓRICOS</b>	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
Capítulo I. La locura a través del tiempo	14
Capítulo II. La experiencia crítica de la locura	17
2.1. El síntoma y la represión	18
2.2. Individualismo y miedo de la sociedad	19
2.3. ¿Quién está loco o sano?: Lo normal vs lo anormal	20
Capítulo III. La institucionalización desde la experiencia trágica	23
3.1. ¿La institución total para salvaguardar?	24
3.2. El encierro como castigo y como rehabilitación	26
3.3. El papel de la familia durante el encierro de un familiar	29
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>30</b>
Método cualitativo	30
1.1. Investigación etnográfica	31
1.2. Entrevista psicológica	32
1.3. La escucha	33
1.4. Observación participante	34
Sujetos	35
<b>IMPLICACIÓN DEL INVESTIGADOR</b>	<b>37</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>38</b>
EL DESPOJO DEL YO	38
El encierro como exclusión	38
El sistema autoritario jerárquico	42
Despojo de pertenencias	44
Rutinas y vigilancia	45
Sometimiento y castigo	48
¿SE HABLA DE REHABILITACIÓN?	53
El remedio y el veneno	53
Rehabilitación	57
EL ROL DE LA FAMILIA	62
LO NORMAL VS LO ANORMAL	67
<b>ANÁLISIS FINAL</b>	<b>74</b>
<b>REFLEXIONES FINALES</b>	<b>79</b>

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>86</b>
ANEXO 1. DELIMITACIÓN TERRITORIAL Y TEMPORAL DEL PROBLEMA	86
ANEXO 2. CALENDARIO DE TRABAJO (CRONOGRAMA)	86
ANEXO 3. EXPERIENCIA AJENA AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	87
ANEXO 4. EXPERIENCIA DEL CAIS	88
ANEXO 5. TESTIMONIO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO, NO INTERNADO	89
ANEXO 6. INFORMANTE 1: ÚRSULA	91
ANEXO 7. INFORMANTE 2: DANTE	101
ANEXO 8. ENTREVISTA A BLANCA	103
ANEXO 9. ENTREVISTA A VICTORIA	115
ANEXO 10. ENTREVISTA A RAMONA	127

## INTRODUCCIÓN

*El acto de encerrar a los pacientes conserva muchas de las asociaciones históricas con el castigo, la exclusión y la condena moral. Estas actitudes de opresión producen sus propios problemas en los pacientes y sus familias.*

(Elizur & Minuchin, 2006 p.125).

A lo largo del tiempo, el poder cuestionar y deconstruir aquellas ideas, representaciones, significaciones y todos aquellos argumentos que han dado forma a nuestra cultura y sociedad se ha ido modificando, muchos movimientos sociales han dado visibilidad a gran parte de los sectores más vulnerables, sin embargo hay todavía mucho por hacer como lo es en el ámbito de la salud mental y todo lo que lo rodea, es por esto que, aunado a la situación mundial de los últimos años que permitió entrever la importancia de socializar y las repercusiones de un confinamiento, se abordó para esta investigación el tema de salud mental, ya que este confinamiento ha dejado vislumbrar el gran valor que tiene, asimismo, se abordó este problema de diferente manera; desde otra perspectiva alejada de los términos médicos, en su lugar, tomar el de los pacientes, aquellos que, una vez dentro de la institución, no tienen voz. La idea fundamental es escuchar y visibilizar que, no por tener un diagnóstico psiquiátrico, se tengan que perder derechos y la posibilidad de tener una mejor calidad de vida. Para esto hay que empezar a cuestionar y romper con aquellas ideas falsas o transmitidas erróneamente sobre lo que es la salud mental y todo lo que la sociedad mexicana llama “loco”.

Es por esto que se empezó con la cita que Elizur y Minuchin sobre el encierro y la asociación histórica que tiene con el castigo, cuestionando qué tanto ha cambiado esta significación social que se le da al internamiento de un sujeto a la institución psiquiátrica a nivel familiar e individual, pues, en diversas ocasiones, son los mismos pacientes los que se condenan y se excluyen, ya que, al estar constituidos bajo las mismas significaciones y representaciones que toda la sociedad, tienden a reproducirlos, les cuesta aceptar que hay algo que resolver en su psique y en sus emociones.

Este trabajo se inició queriendo darles voz a todos aquellas y aquellos que han estado dentro de un hospital, conociendo cómo fueron sus vivencias en él y dejando que nos expresaran qué huellas les dejó el hecho de estar internados, el

ser etiquetados con un diagnóstico y cómo fue el tratamiento que recibieron, su opinión sobre el trato admitido y cómo ha sido su vida después de haber salido. Lo anterior a causa de que, solo pocas personas de la sociedad mexicana se interesan por el tema, pero ello no significa que sea menos importante, al contrario, la sociedad tiene mucho que ver en este tema, aunque parezca aislado. Debido a que la sociedad ha invisibilizado el tema o lo encara con prejuicios es como se ha perjudicado a los sujetos con sufrimiento psíquico, puesto que a ellos se les obliga a entrar las cadenas de significantes “normales” y, de no encajar con el resto de la sociedad mexicana, se les señala, obligándolos a etiquetarse a sí mismos como “anormales”, “robotcitos”, “tontos”, “idos”, “locos”. Cabe destacar que, este puede ser la génesis del problema porque, sin prejuicios ni señalamientos, se podría convivir con quienes padecen de una enfermedad mental a base de solidaridad, tolerancia y respeto.

Es fundamental mencionar que, las familias juegan un papel importante en la vida de cualquier sujeto por la razón de que es la primera institución que encara un sujeto al nacer, y el hecho de cómo enfrente su internamiento dependerá del apoyo que la familia le dé. Si el sujeto tiene un apoyo en el exterior, es más probable que mantenga los pies en la tierra, ya que es la única conexión que tiene con su vida antes de ser encerrado o aislado, puesto que permanecer internado durante corto tiempo basta para que la institución aleje al sujeto de sus necesidades básicas, imposibilitándole aún más su reintegración.

Es imposible no tocar el tema sobre los modelos de tratamiento que se ejercen en dichas instituciones, pues es un cabo suelto que nos interesó, desde un principio, indagar, ya que es de suma importancia saber, en primera instancia, qué tipo de tratamiento se les da a los pacientes, de ahí para saber si es efectivo o no, y poder tener una respuesta acerca de los reingresos, ya que todo eso tiene que ver con la forma en que los pacientes afrontan el internamiento. Por medio de los entrevistados se descubrirá si, en todo este proceso, el modelo biomédico perpetúa, obstruyendo el paso del modelo comunitario que ha demostrado ser más efectivo y les ha permitido tener una mejor calidad de vida, tanto para los como pacientes como para sus familias, o puede que se trate de un modelo comunitario modernizado.

Es verdad que los medicamentos tienen una gran función en dichas instituciones, pero también es verdad que pueden causar en el paciente síntomas adversos a

los que ya posee si se les administra de manera inadecuada. El uso de medicamentos en los pacientes no funcionan por sí mismos, para ello también es importante mencionar el acompañamiento psicológico, pues sin ésta, lo construido puede que se desbalancee, consecuencia que atravesaron alguno de los entrevistados, pues su “rehabilitación” no se logró como se esperaba; carecían de un tratamiento integral. El acompañamiento psicológico es uno de los factores que, dentro de la mayoría de las instituciones psiquiátricas sigue faltando, razón para cuestionar el modelo “comunitario” que se ejerce hoy en día, ¿o es el modelo biomédico disfrazado de modelo comunitario?

## **JUSTIFICACIÓN**

Las instituciones psiquiátricas son, por lo regular, vistas como un lugar para salvaguardar a las personas con algún tipo de trastorno mental y tratar ese trastorno. También existe otra manera de ver esas instituciones: una alternativa para ocultar a los individuos que no pertenecen al orden social, para dejarlos invisibles y mostrarlos como un cero ante la sociedad mexicana.

Lejos de los “locos” o de los que no son iguales a las personas “cuerdas” es como la sociedad mexicana experimenta una “mejor” convivencia, pero ¿es así?, de ser el caso ¿de qué manera se estigmatiza a una persona “diferente”?, ¿alguien se cuestiona por el bienestar o por lo que han pasado estos sujetos a los que llaman “locos”?

Nos hemos percatado de que el tema de las instituciones psiquiátricas está quedando en un punto y aparte para algunos en la sociedad mexicana, sin embargo, es fundamental que esos “algunos”, ya sea la población de clase alta, mediana o baja se mantengan informados, y no al margen. El comportamiento de las personas podría tanto ayudar como perjudicar la reintegración de los pacientes a la vida social, si esto cambia, podrían cambiar la manera en cómo se les da el proceso de reintegración a los mismos.

Desde la llegada de la pandemia del SARS-CoV-2 a México en el año 2020, han sido tiempos duros para todos y, así como nos ha afectado en todos los aspectos, a las personas con trastornos y/o pacientes que estuvieron internados en alguna de las instituciones psiquiátricas antes o durante la pandemia también, ¿pero de qué manera? No lo sabemos a ciencia cierta, sin embargo, de lo que sí estamos



casi seguras es que, así como antes eran estrictos para que los alumnos tuvieran un pase de entrada, con el estado actual de la pandemia los accesos están aún más restringidos que antes. Entonces solo queda imaginar cómo es que los mantienen encerrados y distanciados entre ellos y cómo eso afecta, aún más, al estado en el que se encuentran.

Por lo anterior, se tiene que el encierro no es benefactor para nadie, ya que, en el informe de seguimiento isp-10/2018 del mecanismo nacional de prevención de la tortura sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal, Ciudad de México y Estados de la república mexicana se especifica que, de acuerdo con lo estipulado por la NOM-025-SSA2-2014:

*el aislamiento es innecesario y violatorio de los derechos humanos, debido a que va en contra de los principios terapéuticos que rigen la rehabilitación psicosocial de las personas con algún tipo de discapacidad, ya que priva a los usuarios de los elementos esenciales para una recuperación efectiva, que incluyen un ambiente social de calidez, la expresión y escucha atenta de sus preocupaciones, molestias, u otros factores psicológicos que están contribuyendo al estado de agitación o agresividad, y por consecuencia, al cambio efectivo de la conducta y la prevención de nuevos episodios agudos. La práctica del aislamiento, también representa el riesgo de que las personas con discapacidad psicosocial se autolesionen gravemente, y por el encierro en que se encuentran, difícilmente puedan recibir atención oportuna.*

Ahora bien, la mayoría de la sociedad mexicana cree saber del tema por lo que las películas les muestra o por lo que dice un médico-psiquiatra, pero nos es pertinente también indagar cuál es la otra cara de la moneda, ya que los pacientes no dejan de ser personas por el hecho de padecer de algún sufrimiento psíquico y, así como cualquier otro ser humano, también piensan y sienten.

Las personas que más se interesan en el tema son las mismas que tienen algún vínculo con el paciente, estudiantes, o personas con simple interés, pero eso no basta para deshacer al modelo biomédico con el que se trata a los pacientes desde un tiempo atrás, cuando hoy en día, en México, se debería seguir el modelo comunitario.

A causa de este modelo biomédico es como tratan hoy en día a los pacientes, descuidan sus necesidades básicas y les recetan medicamentos para “curar” el síntoma, mas no la enfermedad; lejos de ayudarlos con su rehabilitación, solo mortifican aún más a su Yo, colocándoles castigos con el pretexto “para que aprendan”. Se les trata así porque la institución lo cree correcto, porque la sociedad no opina nada respecto, porque a la sociedad no le interesan los locos.

Asimismo, creemos que es fundamental que la sociedad se mantenga informada sobre el tema porque los pacientes son una parte de la población que representa a nuestro país, forman parte de la ciudadanía.

Pese a ello, los que dicen ser “normales” no quieren tomar en cuenta sus testimonios por sus problemas mentales, porque son “anormales” si tienen un tipo de trastorno. “Cuando consideramos el diagnóstico como un acto ligado con la cultura, pareciera que una de sus funciones sociales principales es la clasificación de desviaciones. El rótulo introduce al paciente en un nuevo rol” (Elizur & Minuchin, 2006 p.125), donde parece que el tener un diagnóstico les resta todo tipo de derechos y los reduce a solo ser parte de las personas a quienes evitar. He ahí la fuente del problema donde gobierna la estigmatización que las mismas personas han creado; es un problema dado que, es por medio de la palabra que perjudican al sujeto.

Si intentamos comprender esta parte de la locura, aumentando la empatía, como sociedad habría más apertura y tendríamos un progreso, dejando en cero a la ignorancia y no a los pacientes, pues nadie puede saber lo que ellos sienten con la exclusión y el cómo eso les mortifica aún más su Yo.

Del mismo modo, nos es pertinente tocar este tema porque el encierro es la única solución a la que ha llegado la sociedad para apartar a las personas que son “anormales” desde un tiempo atrás, palabra que, a lo largo de esta investigación se cuestionará y se hará una crítica.

Hemos elegido esta problemática porque es un problema que abarca socialmente y es más verosímil cuando aparece en la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, para el año 2004, alrededor de 450 millones de individuos padecen algún tipo de trastorno mental a nivel mundial. Y, según la Secretaría de Salud Federal (2020), 15 de 125 millones de personas padecen algún trastorno mental en México y la mayoría son adultos jóvenes en edad productiva.

Nos interesa indagar cómo se lleva a cabo el proceso de reintegración o de “recuperación” de los pacientes, ya sea estando en su casa o durante su estancia en la institución psiquiátrica. Por consiguiente, lo que nos interesa abordar y conocer a profundidad cómo repercute o afecta el encierro en la vida cotidiana de los pacientes o de quienes hayan sido internados en una institución psiquiátrica, pero desde otro punto de vista que no sea estrictamente médico porque esa parte la mayoría de la sociedad ya lo “sabe”, o cree conocerlo.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*Es un mito popular la creencia de que el hospital es el instrumento más perfecto para el diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades graves y complicadas, y durante cientos de años la enfermedad mental ha sido considerada el más enigmático y misterioso de los trastornos humanos. No es fácil cambiar conceptos dogmáticos acerca del enfermo mental y la creencia profundamente arraigada de que requiere un tratamiento en una institución separada, muy lejos de la gente "normal"*  
(Kaffman, 2006, p.259)

En la actualidad, se sigue estigmatizando y trabajando, desde la ignorancia, el tema de la salud mental o la *locura* como una afectación hacia el resto de la sociedad. A los mismos se les ofrece un "acercamiento a la locura" de manera ficticia a través de la literatura, cine, fotografía, puestas en escena como obras de teatro, o lo dicho por los especialistas en el tema. De esta forma se ha tendido a exagerar y a distorsionar todo aquello que rodea a esta problemática social.

La forma más común o general que ha elegido la sociedad es encerrar u ocultar a aquellos que no pertenecen al orden social; los que no cumplen las normas establecidas dentro de la sociedad, ya que las actitudes, comportamientos, formas de expresión, lenguaje, sentimientos o percepciones de las personas con algún sufrimiento psíquico difieren con lo que el resto de la sociedad denomina "normal".

Tocar el tema de la locura siempre ha sido complicado y delicado, desde cómo nombrarla, tratarla, verla y estudiarla, puesto que desde hace mucho tiempo se tendía a apartar o aislar, castigar o maltratar, hoy en día simplemente se ignora a aquellos que padecen de un sufrimiento psíquico.

Además de ser un problema colectivo, en éste también se ve implicada la familia, debido a que es mancillada, criticada y juzgada porque se tiende a generalizar la idea de que la familia es la responsable de todo lo que pasa con los sujetos que la integran. La familia es el principal entorno en el que se desarrollan los sujetos con diagnóstico psiquiátrico y, si bien es cierto, dentro del proceso de formación de un sujeto influye todo aquello que se le va enseñando desde que nace. Así pues, la familia es la principal institución, ya que pone límites y quien enseña lo normal y lo moral, buscando controlar los comportamientos de sus integrantes.

La etiología de los conflictos psíquicos también es un tema controversial; hay quienes plantean que se trata de una cuestión fisiológica (neurotransmisores,

neuronas, partes del cerebro), de traumas o cuestiones religiosas-espirituales. Todo esto va de acuerdo con la cultura y construcción subjetiva que cada familia, cada paciente o grupo social tiene; esto complica aún más la situación de la locura porque, dependiendo de cómo se conceptualiza, es cómo se va a poder abordar. Por ejemplo, aquellos que consideran que la religión o las cuestiones espirituales tienen la respuesta, van a pensar que los sujetos *locos* o “anormales” son atacados por espíritus demoníacos que están atormentando a la persona, creyendo que la solución es que sean liberados de aquellos espíritus. “En el campo de la salud mental, la asignación de un nombre tiene consecuencias similares para lo nombrado. Por supuesto la respuesta al nombre dependerá de la ideología de la institución que lo pone” (Elizur & Minuchin, 2006 p.46), entonces, se buscarán problemas fisiológicos y se estudiará el comportamiento del cerebro para encontrar el origen y el tratamiento a seguir para mejorar la condición de los pacientes con la intención de reintegrarlos a la sociedad, en cuanto a la terapia dependerá el enfoque pues no lo aborda de la misma manera el psicoanálisis, el conductismo, el humanismo o la terapia sistémica. Conocer e indagar en cada una de estas formas de explicar las causas de los conflictos psíquicos es relevante y necesario para llegar a deconstruir los estereotipos y juicios lanzados alrededor de la *locura*.

La pandemia ha hecho que la situación mundial se haya complicado, mostrando lo que realmente se vive cuando la socialización es restringida o nula, o cuando hay un encierro (en este caso, un confinamiento voluntario), del mismo modo, esta posición hace dar cuenta qué se está afectando, demostrando el valor de la salud mental. Se ve la importancia de poder expresar, comunicar, tener contacto con el otro y de cómo la individualización va a traer, tarde o temprano, consecuencias para la psique, ya que el ser humano necesita socializar para que lo reconozcan o para reafirmar su identidad. Si el sujeto carece de la comunicación, como bien se ve en los pacientes, cabe la posibilidad de que su Yo se mortifique, pues la exclusión impide un contacto con el exterior, lo que significa que algunas de sus necesidades básicas se van desvaneciendo; debido a una falta de práctica hay una desculturización.

Lo que pretendemos con esta investigación es dar a conocer los conocimientos obtenidos a través de entrevistas hechas con los familiares, conocidos o pacientes que fueron internados con anterioridad dentro de estas instituciones.

Esto con la finalidad de mostrar a la sociedad mexicana un punto de vista diferente y concientizar que hay una percepción de realidades distintas. De esta forma se puede lograr una mejor comprensión hacia los pacientes y, a su vez, involucrar más a la sociedad, para que sea una sociedad más empática y abierta respecto a este problema social, logrando demostrar que los pacientes y las instituciones psiquiátricas no son problemas aislados, como lo han sido por tanto tiempo.

Nos enfocaremos en la experiencia de los sujetos que han estado dentro de una institución psiquiátrica con la intención de dar voz a quienes viven estas situaciones en las instituciones. El hecho de que los pacientes con algún sufrimiento psíquico no puedan defenderse por su simple condición, a causa de que sus discursos han sido sepultados, es lo que nos llevó a desarrollar la presente investigación con las siguientes preguntas:

Pregunta eje:

- ¿Cómo ha sido la experiencia de los sujetos que han estado dentro de una institución psiquiátrica y cómo han enfrentado las problemáticas implícitas para la reintegración social o reingreso a un psiquiátrico?

Preguntas específicas:

- ¿Cómo se vive el proceso de individuación en esta institución y qué consecuencias se dan en la socialización de los pacientes durante la pandemia?
- ¿Cuáles son las normas o los lineamientos, dentro de la institución, que debe seguir el paciente para su “recuperación” y cómo eso ayuda o afecta a su enfermedad mental?
- ¿Qué factores influyen para que los pacientes presenten reingresos o recaídas?
- ¿De qué manera ha sido afectada la vida cotidiana de un sujeto con sufrimiento psíquico?
- ¿Cuál es el papel de la familia dentro del tratamiento y cómo ayudan o perjudican al paciente?

## **SUPUESTOS TEÓRICOS**

Los sujetos con sufrimientos psíquicos, al estar dentro de una institución psiquiátrica, no tienen contacto con la sociedad y se les hace creer, tanto a ellos como a sus familiares, que el encierro es la mejor opción para una buena rehabilitación y reintegración a la sociedad, pero este encierro ha tenido consecuencias significativas. El trato que se les brinda, la duración del encierro y la exclusión de la sociedad, podrían ser considerados como modos de mortificación al Yo de los pacientes. Estos métodos percibidos como efectivos para la rehabilitación o cura para el síntoma, como la introducción de medicamentos y sistema de castigo-privilegios, son prácticas cuestionables, debido a que el tratamiento para cada sujeto debería adecuarse a su trastorno y la intensidad de éste.

Dentro de algunas instituciones psiquiátricas, los pacientes son vistos como pacientes con un trastorno mental o problema, no obstante, los tratan como objetos que deben ser moldeados, identificados por un número o un apodo y no como alguien que busca entender lo que pasa y sufre por como es visto y tratado; incluso ellos mismos pueden juzgarse, negando o rechazando lo que están padeciendo. Pese a esto, también existen instituciones que tratan los problemas mentales de los pacientes, ¿pero por qué no sucede en todos?

Fuera de la institución psiquiátrica, el sufriente psíquico intentar tener una vida como la de cualquier persona, pero es complicado, pues dependiendo del tiempo que dura el encierro, el tipo de medicamentos que se le prescriben y del seguimiento terapéutico que siga o no el sujeto, dependerá de qué tan difícil es volver a la "normalidad". Por ello, el paciente buscará realizar actividades que le permitan ser funcional para la sociedad, pero esto puede provocar ansiedad y que sus síntomas se intensifiquen, trayendo como consecuencia el volver a visitar nuevamente a los profesionales de la salud mental, quienes determinan si es necesario o no reingresar al psiquiátrico.

## **OBJETIVOS**

El objetivo principal que nos hemos propuesto es conocer y analizar cómo operan este tipo de instituciones totales en México, en lo que respecta al tratamiento o la posible “cura” de los pacientes con sufrimiento psíquico y a su reintegración a la sociedad (si se da el caso). Considerando que todos, o la mayoría de la sociedad, conocen la versión de los médicos-psiquiatras, el cómo piensan, sus métodos de tratamiento. Nos interesa abordar el mismo tema, pero desde otro punto de vista, el de los pacientes; indagar la manera en cómo dentro de la institución, conocer qué es lo que para ellos les perjudica en vez de ayudarles y el cómo son tratados para su posible “recuperación”.

**Obj. Esp.1:** Dar cuenta de cómo ha sido la experiencia de los pacientes dentro de estas instituciones por medio de los discursos de sus familiares o conocidos en dado caso de no tener contacto con los pacientes.

**Obj. Esp.2:** Conocer las repercusiones que pueden existir al estar dentro de una institución total como un psiquiátrico.

**Obj. Esp.3:** Comprender cómo ha sido el proceso de “recuperación” y de reintegración de los pacientes con problemas mentales, ya sea estando en casa o durante su estancia en la institución psiquiátrica.

**Obj. Esp. 4:** Indagar a profundidad cómo repercute o afecta el encierro en la vida cotidiana de los sujetos con diagnóstico psiquiátrico.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Capítulo I. La *locura* a través del tiempo**

A lo largo de los siglos, tanto la sociedad como los sujetos han ido cambiando, atravesando por diversos procesos, algunos difíciles y otros más sencillos para llegar hasta donde se encuentran; esto también se ve reflejado en las instituciones encargadas de pacientes con un padecimiento psíquico, antes conocidos como manicomios, hospitales generales u hospicios, y en otros tiempos nombrada nave de los locos para tratar a los leprosarios, siendo ésta última la génesis de una nueva Institucionalización.

Desde la Edad Media, en el Occidente se puede ver que ya se practicaba la exclusión hacia las personas “anormales”, siendo ésta una forma de depurar y deshacerse de las personas diferentes, y sin una representación ante la sociedad, o por lo menos no de forma positiva, pero ¿de qué manera?, si bien no había instituciones que se encargaran de los “diferentes” de la sociedad, surgió, entonces, la Nave de los Locos que, según Foucault (1976), esta nave era con fines de exiliar a los *locos*, ya que “confiar al loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida” (p. 25), por eso la sociedad decidió poner abordo a aquellos leprosarios que rápidamente se les había catalogado como incurables y *locos*, debido a que no pertenecían al orden social, así pues, la respuesta de la sociedad fue mandarlos lejos en un barco, dejándolos a su suerte con su enfermedad. Y que esto pueda servir de ejemplo para entender que, desde antes ya se ponía sobre la mesa la palabra *loco*, aunque no bien utilizada.

Cuando la sociedad hablaba de seres extraños y “diferentes” en el siglo XVII, en realidad se hablaba de seres anormales que, de hecho, eran sujetos que iban desde mendigos hasta hijas violadas, alcohólicos, gente sin hogar, desempleados o personas con historias marcadas, y por ese simple hecho eran convertidas, según Desviat (1994), en *inicias*, es decir, personas que fueron convertidos injustamente en locos para hacerlos invisibles ante la sociedad, y como eran “diferentes”, sus actitudes debían ser execrables. Sin embargo, cabe destacar que ya existían lugares reservados para los “insensatos”, por ello, se cree que los *locos* no siempre eran expulsados o desterrados, sino que, como lo menciona Foucault (1961), “[...] Se puede suponer, entonces, que no se expulsaba sino a los extraños, y que cada ciudad aceptaba encargarse exclusivamente de aquellos que se contaban entre sus ciudadanos” (p. 15), siendo que esto, no hace más que resaltar el rechazo hacia lo diferente, lo ajeno o lo extraño.

A pesar de que no todos los *locos* fueron desterrados, éstos seguían resaltando por sus diferencias con el resto de la sociedad, y es por esta causa que surgieron medidas contra ellos. Como respuesta de la sociedad a lo anterior, se creó el gran encierro, pero ¿tiene alguna diferencia de la Nave de los Locos? No porque, primeramente, eran espacios de exclusión total de entre las genialidades y atrocidades que podían cometer las personas alienadas, cayendo en la mentira



de que el mejor tratamiento para llegar a la cura de lo que padecían era el encierro en hospitales generales (diferentes a los de hoy en día), y aunque les brindaban comida, éstos descuidaban a los usuarios, ya que eran de tipo hospicios, como cárceles, calabozos y, como los excluidos se ponían *locos* (inquietos), se les encadenaba para no batallar con ellos.

Ya para el siglo XIX, Desviat (1994) comenta que surge la Ley de 1838 sobre los alienados, donde surgen los asilos o manicomios, espacios específicos para los sujetos que en verdad serían llamados enfermos mentales. La principal función de estas instituciones y su institucionalización era atender a los sujetos con enfermedades mentales, sin embargo, terminó por abandonarlos, así pues, pasó de atender a sujetos que en verdad lo necesitaban a ser internados, sinónimo de una máscara, la mejor manera de tapar los problemas a los que se enfrentaba la sociedad.

En México, el tema de la locura y las instituciones psiquiátricas lo observamos con mayor claridad durante la época colonial; remontarnos a la época prehispánica y pensar en la psiquiatría y la locura tal y como la conceptualizamos resulta complicado ya que dentro de las significaciones y representaciones de los sujetos de esa época el pensamiento mágico y relacionado a la naturaleza era lo que le daba sentido a su realidad; por eso es difícil conocer la connotación que se le daba a los comportamientos “anormales” que pudieran presentarse en los sujetos. Ríos (2008) explica que, podemos hablar de la existencia de dos manicomios en la ciudad de México, uno a partir del año 1566 el Hospital San Hipólito donde encerraban a hombres “locos” y años después El Divino Salvador también llamado la Canoa donde se ingresaban a las mujeres. La población en cada uno de estos hospitales fue creciendo de tal forma que para 1910, se encontraban a su máxima capacidad, dado el hacinamiento en estos dos hospitales, en este año se inauguró el Manicomio Central La Castañeda, considerado un edificio con las condiciones adecuadas para el tratamiento terapéutico.

A partir de entonces, el modelo con el que se ha trabajado en las instituciones psiquiátricas en México se ha guiado por:

“Las estrategias del sistema psiquiátrico tradicional [*que*] han incluido la reclusión de los enfermos a espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica, uso de medicamentos para tratar de contrarrestar los efectos físicos en las personas que padecen estas enfermedades. Lo que sucede entonces como consecuencia es un

internamiento casi de por vida (dependiendo la enfermedad), condiciones miserables de subsistencia de estos hospitales (comúnmente llamados manicomios o “casa de la risa”) por bajos presupuestos y la casi nula rehabilitación” (Sandoval De Escurdia & Richard, 2006, p.10).

Como podemos darnos cuenta, desde la forma en que son nombradas las instituciones psiquiátricas por la sociedad en general, hay muchas representaciones y significaciones sobre lo que es la locura y la importancia que se le da al tema de la salud mental.

## **Capítulo II. La experiencia crítica de la *locura***

El lugar que ha tenido el tema de la salud mental en la psicología y la psiquiatría se ha caracterizado por los estereotipos, los prejuicios o estigmas que rodean la forma de ver los padecimientos o trastornos mentales y todo lo que los rodea, por ello, Salín-Pascual (2009) comenta que:

... en la sociedad mexicana no se tiene una percepción clara y amplia entre lo que es un psicólogo, un psiquiatra o un terapeuta, además, culturalmente la sociedad mexicana tiende a satirizar o hacer risible aún las situaciones más solemnes, de ahí que se tome el término “locura” para ridiculizar o descalificar a una persona (pp. 228-229).

Por lo anterior, es que la cultura tiene un poder enorme sobre el sujeto, ya que dependiendo de ésta es como cambia la forma de ver este problema social y cómo tratarlo; este se debe a que la construcción social que se ha dado para la locura implica un largo proceso donde está en juego el poder sobre los cuerpos, donde el lenguaje tiene un papel primordial, pues al ser nombrado y categorizado dentro de algún diagnóstico, son los mismos sujetos con sufrimiento psíquico los primeros en rechazarlo, estigmatizando a otros pacientes con la certeza de que no están “locos”, aceptar o reconocer que hay algo que está afectado su calidad de vida y necesitan ayuda profesional no es un tarea fácil.

Al hablar de una “experiencia crítica” se hace referencia al texto de Foucault (1961), donde el autor dice que esta experiencia es una mirada que se basaba en mirar a la locura desde una distancia distinguida, *desde lo alto del Olimpo*, alejándose lo mejor que se pudiera para no tener contacto con lo que resulta diferente o anormal. Así pues, esta referencia es utilizada para referirnos a los sujetos que basan sus criterios sin tener bases de lo que dicen conocer.

## **2.1. El síntoma y la represión**

Si bien la enfermedad es conocida por medio de un diagnóstico psiquiátrico, ésta, a su vez, está conformada por síntomas, siendo éstos malestares que se manifiestan cuando el sujeto está consciente, y son para que se tomen medidas al respecto. Es un malestar porque el síntoma representa una trabazón anímica, deseando, esta última, salir, lo que traería consecuencias para el sujeto, sin embargo, para que ello no se produzca, existe una formación de compromiso entre ese algo reprimido y el represor (Yo), existiendo entre ambas fuerzas constantes; mientras la descarga (libido) de ese algo reprimido intenta salir, el represor (Yo) intenta detenerlo. Pero el malestar surge cuando ese algo reprimido gana, y es como devienen los conflictos psíquicos, o síntomas.

Del mismo modo, Freud (1915) menciona que, la libido tiene gran importancia, ya que “es como una tajada y tiene que escapar a algún lado [...], (*cuando*) la libido inviste posiciones reprimidas, se sustrae del yo y de sus leyes; pero al hacerlo renuncia también a toda la educación adquirida bajo la influencia de ese yo” (p. 327), lo que Freud trata de decir es que, los pacientes presentan síntomas porque tienen un conflicto psíquico y éste mismo intenta tener una vía de expresión, de mostrarle al *otro* una cara, la de su malestar, empero, este síntoma no es la enfermedad misma como la mayoría piensa, sino que viene del deseo reprimido y, al tener una salida o dejar de reprimir, éste puede ser tanto bueno como malo; pues la psique de cada uno está construida de manera diferente, y por ello tiene también diferentes mecanismos de defensa para encarar ciertos aspectos de la vida. Así pues, “la enfermedad se contrae como consecuencia directa de las vivencias traumáticas” (Freud, 1915, p. 326) de cada sujeto, y los síntomas vendrían siendo su esencia.

Entonces se tiene que la enfermedad no se contagia, no se transmite vía física ni oral, solo es el resultado de una vivencia actual, más una vivencia pasada (en la infancia) y de la forma en que se enfrentó a ella en su momento.

## **2.2. Individualismo y miedo de la sociedad**

Algo que caracteriza a un país es la ciudadanía, sin embargo, hoy en día esa participación no se ve reflejada en la sociedad, pues, según Benedetto (2004), los que “sufren por enfermedades mentales y los que sufren por alguna de estas

condiciones (*personas con distintos tipos de sufrimiento psicosocial*) [...] están expuestos a violaciones de sus derechos humanos y ciudadanos” (p. 6) debido a que carecen de voz y de poder en un mundo donde existen muchos obstáculos que podrían superarse de manera colectiva. Pero, a cambio, se tiene un Estado que implementa más reglas para que la sociedad siga y se mantenga en el orden social; más que reglas para el “bien común”, son reglas que motivan al individualismo, ya que, por múltiples factores, la sociedad está cada vez más dividida.

Aunado a lo anterior, el miedo es una de las principales razones de que haya individualismo, puesto que, Lechner (1998) llegó a elaborar tres perspectivas sobre el miedo: “el miedo al Otro, que suele ser visto como potencial agresor; el miedo a la exclusión económica y social; y por último el miedo al sinsentido que surge por una situación social que parece estar fuera de control” (p. 181). Respecto al miedo al Otro, este puede ser a causa de que se reconoce la agresividad o el peligro de uno mismo y lo ve reflejado en alguien más. Generalmente existe el rechazo hacia la locura y, por ende, se teme a sentirse identificado con ella. Lo diferente usualmente no es bien recibido, pues así como se ha manejado a lo largo de la historia, lo distinto puede ser señalado como algo negativo y posiblemente sea causa de castigo; lo desconocido se podría percibir como una amenaza debido a que no está dentro del sistema y por ello no se está ejerciendo control sobre ello, por estas razones “el hombre elude siempre el contacto con lo extraño” (Canetti, 1981, p.3) y prefiere juntarse con el tipo de masa donde pertenecen sus iguales.

A pesar de la invasión a la privacidad y del control que pueden ejercer las instituciones, siempre se busca pertenecer y encajar en la sociedad, pues aquellos que no están dentro de una Institución pueden ser marginados, por lo tanto, no podrían ser benefactores de los servicios que puedan otorgar dichas instituciones. Si bien es cierto, hay una lucha constante por pertenecer, y es por esto mismo que se busca ser parte de lo que es aceptado o moralmente correcto. El *otro* siempre representará una amenaza, algo que puede perturbar un estilo de vida ajeno, tal como menciona Žižek (2015), “el prójimo es [...] un intruso traumático, alguien cuyo modo de vida diferente [...] nos molesta (*pues*) destruye el equilibrio de nuestra manera de vivir” (p. 76). Por esta razón se crea una paradoja entre querer pertenecer a la sociedad, pero a la vez querer mantener

una distancia con los demás, sobre todo con aquellos que son diferentes a uno mismo.

Por lo anterior y como se mencionó previamente, surge el individualismo, ya que cada sujeto actúa en beneficio propio, y esto porque, como lo menciona Mbembe (1999), el sistema segrega a los sujetos, utiliza el racismo como forma de control, buscando dividir a la población en subgrupos; si surge el individualismo, en este caso, no es visto como algo positivo, no se está pensando en la libertad y autonomía del sujeto, sino que, muy por el contrario, se le mantiene segregado con el fin de poder ejercer un mejor control sobre él.

La lucha por pertenecer a un grupo también promueve el individualismo, pues todo se vuelve una competencia, entonces "en el sobrevivir cada uno es el enemigo del otro" (Canetti, 1981, p. 137), y se verá al *otro* como un potencial agresor en lugar de un aliado. Estas actitudes provocan una alienación al sistema, al Estado, una vez alienados, la vigilancia es más sencilla y, como consecuencia, sería más fácil aplicar un castigo a los que estén fuera de la norma.

### **2.3. ¿Quién está *loco* o *sano*?: Lo normal vs lo anormal**

El tema de la *locura* es diverso y varía según la sociedad, es por ello que la enfermedad mental es un problema social, ya que desde ahí se modula lo que está bien o mal, desde ahí se postulan las normas que se deben seguir, y el enfermo es reconocido porque se desvía de esas normas. Así pues, Canguilhem (1986) dice que lo normal es el significante de cada sujeto, pero lo que se tiene en común es que se empieza por el lenguaje; cada sujeto lo clasifica basado en las normas que las instituciones han inscrito sobre los mismos. Según el autor, lo normal es algo que va "conforme a lo que es regular y a la norma, pues ésta última designa la escuadra, aquello que no se inclina ni hacia la derecha ni hacia la izquierda; [...] lo que se mantiene en un justo medio [...] es normal aquello que es tal como debe ser" (Canguilhem, 1986, p. 91), o que constituye el promedio en la sociedad. Y como el sufriente psíquico se sale de ese cuadro catalogado como normal, se le identifica fácilmente, porque se desbordan de esas reglas, y porque la parte que los enfermos no pueden transmitir es lo que los hace ser *locos*.

Sin embargo, el término *anormal* puede ser equívoco, porque la sociedad actúa de acuerdo con determinadas reglas para organizarse y clasificarse según su

situación actual; estandarizan lo que es “normal” como una perfección desde un juicio, como el ideal que todos deberían seguir, aun cuando no es así, sino todo lo contrario, lo ven como algo bueno porque ya es algo común y general. Esta perfección es claramente construida por la misma sociedad, por sus ideologías.

Por consiguiente, el tema debería ser elucidado porque hay reglas que la sociedad sigue, aún por inercia, ya que las instituciones han insertado en los sujetos conocimientos que ellos mismos reproducen; podrían no ser conscientes de ello, pero lo reproducen porque simplemente es un conocimiento que ya saben o deberían saber, puesto que pertenecen a esa sociedad, porque dentro de esa sociedad ya tienen una identificación lograda gracias a los aspectos y propiedades que han adoptado a lo largo de su existencia y en la cultura.

Derivado de lo anterior, surge un concepto más que es clave para abordar el tema de la *locura*: la cuestión del estigma, donde las concepciones sociales juegan el papel principal, pues a través de lo transmitido e instituido como normal y moralmente correcto se señala y juzga a quien no cumple con esas concepciones preestablecidas; Goffman (1970) explica que el término estigma fue utilizado por los griegos para señalar y exhibir, marcando sus cuerpos, a quien no está dentro de las normas morales, categorizando al sujeto “marcado” de acuerdo a su falta, para manifestar que debe ser evitado.

Actualmente se ha dejado de señalar en el cuerpo a aquellos sujetos que tienen rasgos indeseables, pero esto no significa que ciertas características físicas sean motivo para que un sujeto sea estigmatizado, aunque Goffman explica que hay tres tipos de estigma: por cuestiones físicas, deterioros en el carácter o por cuestiones triviales; dentro de nuestro interés están los sujetos estigmatizados por deterioros en el carácter.

La categorización que se hace de los sujetos que nos rodean, no se hace de manera consciente, sino que a partir de los estereotipos de la sociedad y de los atributos que se observan es como se descalifica al otro:

El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones [...] Un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo (Goffman, 1970, pp. 13-14).

La cuestión con el estigma es que se usa como un conjunto de atributos que descalifican al sujeto como un ser social, deviniendo esta descalificación de la

forma de relacionarse. Y esto se ve en los psiquiátricos, en donde el sujeto es clasificado con su enfermedad; pasa de ser sujeto al enfermo esquizofrénico, bipolar o psicótico, adjudicando los atributos y estereotipos a la persona. Incluso esto llega a tal grado de que la misma persona se autodefine a partir del estigma, y esto es importante porque, en algunos casos, la misma persona se reconoce como un enfermo mental incapaz, indeseable, autocastigándose y denigrándose. Las instituciones se basan en el uso del poder disciplinario y este "impone a aquellos a quienes somete a un principio de visibilidad obligatorio" (Foucault, 1976, p. 174), de este modo es más fácil ejercer dominio sobre ellos; el ser vigilados constantemente los mantiene sometidos, siendo que esto se busca especialmente para los sujetos que no están dentro de la norma. Socialmente hablando, existen prejuicios respecto a las enfermedades mentales y las instituciones psiquiátricas; si a un sujeto se le denomina como *loco* se le podrán atribuir diferentes características, generalmente negativas, y por lo regular surgirán cuestiones alrededor de su estado mental, ante esto, Foucault (1975) destaca que, se busca saber si el individuo es peligroso, si es susceptible de una penalización y si es readaptable o curable (p.37). La principal preocupación de la sociedad recae, entonces, en señalar las diferencias y cuestionarse si éstas pueden resultar perjudiciales y, de ser así, cómo se procederá en su contra.

Para aquellos que no son "normales" se averigua si hay forma de adaptarlos a la norma, y si esto no es posible se piensa en el castigo o el aislamiento de esas personas. Foucault (1975) considera que las prácticas de exclusión, rechazo o marginación siguen siendo una forma de ejercer poder sobre los *locos*, los enfermos, los criminales y los desviados (p. 51). Suele ser más común la marginación a las personas con algún trastorno o sufrimiento psíquico que han estado internadas en una institución psiquiátrica, pues esto los marca como diferentes, como extraños, provocando que el miedo al *otro* se manifieste. Mientras que, aquellos que tienen algún trastorno o padecimiento, pero no han sido internados en un psiquiátrico, les es posible, para algunos, ser más discretos al respecto, dándoles la oportunidad de aparentar ser "normales".

La indiferencia y la ignorancia en relación a las enfermedades mentales y las instituciones psiquiátricas son, en gran parte, las responsables del estigma, además, "la locura o el comportamiento enfermizo atribuidos al paciente mental

son en muchos casos producto de la distancia social desde la cual se juzga su situación, más que de la propia enfermedad mental" (Goffman, 1961, p.135).

### **Capítulo III. La institucionalización desde la experiencia trágica<sup>1</sup>**

Antes de hablar de la institucionalización es fundamental empezar por la Institución, ya que ésta forma parte de la vida de los sujetos, ya sea de manera implícita o explícita. Cabe destacar que, el sujeto es, como bien se ve en la palabra, alguien que está sometido a cosas, normas, reglas, etcétera, y que gracias a eso se constituye en el campo de la sociedad porque la manera en que los sujetos pueden comunicarse con diferentes masas es por medio del lenguaje, característica fundamental para cruzar esa estrecha línea que los separa de la naturaleza para poder adentrarse o integrarse a la cultura. Este lenguaje es una cualidad del hombre que lo utiliza como medio para expresarse, y por ello, Benveniste (1988) explica que el lenguaje es un instrumento importante a la hora de comunicarse porque “es en y por el lenguaje como el hombre se constituye como sujeto” (p. 180), es así porque el hombre toma las palabras, se apropia de ellas y las transmite, es interesante porque esta cualidad que posee, junto con las palabras, le ayudan a transmitir su realidad a partir de lo que dice y lo que no. Castoriadis (2002) opina lo mismo, dándole más valor a lo simbólico que a lo imaginario, pues es de esta forma en que se entra a la vida social, y se logra por medio de una construcción institucional. Estas instituciones son las encargadas de moldear la cultura del ser humano, luego pasa a ser naturalizada y, a pesar de ser construcciones sociales, se ven como algo “normal”:

...Soy [...] un fragmento ambulante de la institución de la sociedad, fragmentos ambulantes y complementarios unos con otros. Bípedos hablantes: bípedos, lo que recuerda nuestra naturaleza biológica [...]; y hablantes, que ciertamente remite una vez más a este apuntalamiento, a este basamento biológico, ya que para hablar se necesita igualmente cuerdas vocales, etcétera, como también un sistema nervioso central organizado de cierta manera —pero además, es necesario el lenguaje como institución social— (Castoriadis, 2002, p. 116).

Aunado a lo anterior, Enriquez (1989) expresa que, “las instituciones en tanto sistemas culturales, simbólicas e imaginarios, se presentan como conjuntos

---

<sup>1</sup> Se hace referencia al concepto de Foucault (1990) para explicar que esta mirada está basada en la experiencia personal, donde el sujeto se enfrenta cara a cara con la realidad; es lo contrario a la mirada crítica. Véase en Foucault, M. (1990). Historia de la Locura en la Época Clásica, primer capítulo. FCE: México.



englobantes, que aspiran a imprimir su sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros” (p. 92), y esto no es diferente de una Institución Total, ya que en éstas, también, el paciente se tiene que acoplar a las instrucciones y los métodos por los cuales se rige la institución. Si bien es cierto, en las instituciones totales, como los psiquiátricos, a veces los pacientes entran por su propia voluntad, pero esto es debido a que la misma Institución utiliza el imaginario de los mismos para atraerlos y engancharlos hasta tener un control total sobre ellos con la promesa de guiarlos a un modelo ideal, ¿pero es así? Algo que explica Goffman (1961) es que, la característica principal de las instituciones totales es descuidar las necesidades básicas del enfermo, y más que ayudarlo, las actividades o castigos que les imponen junto con dosis de medicamentos, los mortifica.

### **3.1. ¿La institución total para salvaguardar?**

La institución total, como bien se mencionó anteriormente, es una institución en la que se integran a las personas que se han desbordado de los cuadros considerados *normales*, de manera que, una vez dentro de un psiquiátrico (un tipo de institución total), lo normal o anormal pasaría a ser el estar de acuerdo con el psiquiatra o no, ya que éste es el encargado de diagnosticar las enfermedades, pero cabe la posibilidad de que éste pueda cometer errores, siendo así, un diagnóstico psiquiátrico equivocado puede ser una condena de estar tomando medicamentos siempre. “En «La pharmacie de Platon», (*el suplemento y suplencia del farmakon*) representan dos medicinas ocultas que transgreden las leyes de los dioses. Inventan filtros y trazos que son ora remedios, ora veneno” (Le Pulichet, 1990, p.15), es decir, este farmakon es presentado como una cura (solución), pero también tiene elementos mortíferos, aun así, el sujeto utiliza este farmakon porque la necesidad de tener, en este caso dar, un bienestar es más fuerte que la sensación de malestar; si bien los medicamentos pueden ayudar a calmar los síntomas para que los sujetos lleguen al punto de sentirse “bien”, también podrían convertirse en la droga nociva para la salud del paciente y, por ende, hacerse dependientes de ello, pues el medicamento “permite al *sujeto* sentirse propietario y constructor de un cuerpo [...], la droga cumple un papel

fundamental [...] La droga permite sentir un cuerpo, construir un cuerpo y hacer que ese cuerpo tenga cierta consistencia”<sup>2</sup>. Entonces...

“...cabe afirmar que el médico quizá se engañe debido a que podría ser muy difícil diferenciar entre ciertos síntomas físicos histéricos, o hipocondríacos, y trastornos fisicoquímicos. Existe también la posibilidad de que el médico sea incapaz de reconocer las manifestaciones de problemas vitales y considere, en forma equivocada, que los síntomas físicos son una enfermedad física [...] el médico, empeñado en asumir el rol de experto ingeniero del cuerpo humano —considerado una máquina fisicoquímica—, puede creer que todos los sufrimientos humanos que enfrenta caen dentro de la categoría de enfermedad” (Szasz, 1994, p. 29).

Así pues, en México no se ha actualizado concretamente un modelo comunitario donde en verdad atiendan las necesidades de los sufrientes psíquicos sin utilizar tanto medicamento, y a pesar de que se han establecido estos modelos en las Instituciones Totales, no se siguen, pues solo encierran a los pacientes con diagnóstico psiquiátrico sin darles la oportunidad de relacionarse con el exterior.

Ya que la institucionalización de hoy en día significa que los pacientes acaten las reglas impuestas por la institución y responder a ellas como simples máquinas, se cae en cuenta de que se practica, en los hospitales psiquiátricos, con el modelo biomédico donde, según Szasz (1994), el médico se atribuye a sí mismo la capacidad de dar opciones para ciertos “juegos”, donde, si se le llega a responder de forma honesta al médico, el paciente es atendido, pero, por el contrario, si el paciente intenta engañar a su superior, será castigado de diferentes maneras.

Pero esto no solo se ve con Szasz, sino que también con Basaglia (1972), pues él expresa que la *significación estructural estratégica* de las instituciones psiquiátricas, tanto las antiguas como las de hoy en día, se rigen por el campo político, es decir, aquel sujeto que llegase a caer bajo las sanciones establecidas de la institución psiquiátrica es por el hecho de que su condición económica no le permite estar más en el campo del comercio y, por consiguiente, el ingreso a este tipo de instituciones poco tiene de relación con la enfermedad, sino que “está en relación directa con el carácter de exclusión y de discriminación” (p. 50) de quienes ya no serían sujetos ni personas, sino elementos que solo de esta forma pueden ser absorbidos, ya que perturban el campo productivo de la sociedad.

---

<sup>2</sup> Véase en Chamizo, O. (S/a). Adicciones desde una perspectiva particular. Conferencia sobre toxicomanía. UAM-X, México.

Así pues, una institución total es llamada de ese modo porque, de acuerdo con Goffman (1961), en su interior se comparten una serie de características totalitarias, y desde luego, los sujetos que se encuentran ahí comparten ese espacio limitado bajo reglas y actividades controladas.

### **3.2. El encierro como castigo y como rehabilitación**

Así como un porcentaje de la sociedad piensa que las instituciones psiquiátricas fueron construidas para atender a los sufrientes psíquicos y de esta manera brindarles una rehabilitación, otro porcentaje cree que no es así, más allá de una simple rehabilitación, implica encierro y exclusión de la sociedad. Por ello nos es pertinente tocar el tema del encierro, de ese aislamiento al que son sometidos los pacientes. En este caso, se decidió recurrir a Goffman (1961), pues él trabajó de cerca con los pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica, por tal motivo se sabe que, el estar dentro de este tipo de instituciones totales, lejos de atender a las enfermedades solo mortifica aún más y de diferentes formas al Yo de los pacientes.

Con lo que se encuentra el paciente en un psiquiátrico, en un principio, son con las reglas y normas a las que debe someterse; Goffman (1961) menciona que el sujeto se adapta a las reglas y a las estructuras de dos maneras: cuando el paciente las acata sin objeción y los que se adaptan a algunas características institucionales para su propio beneficio. Para que exista tal acción anterior, se empieza por el principio, cuando el interno, que recién ingresa, es sometido al despojo de sus pertenencias y, en su lugar, experimentan una reorganización personal, es decir, el sentido de identidad se va desvaneciendo porque hacen que los pacientes se deshagan de los que lo que construía su identidad. Otro punto importante es que los usuarios se encuentran con las rutinas programadas, donde se tienen que ajustar a las reglas impuestas por la institución, y propuestas mediante una organización burocrática, como un medio para manejar muchas de las necesidades básicas de los pacientes, esto para despojar su rol que cumplía en la sociedad, ya que, como lo dice Goffman, hay una “desculturación o desentrenamiento [...] incapacitando temporariamente al paciente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior” (Goffman, 1961, p. 26), y es una consecuencia brutal porque, consecuentemente se pierden las necesidades básicas de los pacientes en vez de atenderlas.

Lo anterior solo se logra por medio de la vigilancia, otro tipo de mortificación, ya que la intención de este mecanismo consiste en observar a los internos para asegurarse (la institución) de que obedecen la disciplina impuesta, pues se espera que los internos respondan como una máquina según los métodos porque la disciplina “es la técnica específica de un poder que se da a los individuos a la vez como objetos y como instrumentos” (Foucault, 1976, p. 158), es de esta forma como los sujetos se vuelven más obedientes para una manipulación, porque los cuerpos, en general, son dóciles, es decir, el cuerpo es frágil porque “puede ser sometido, [...] puede ser utilizado, [...] puede ser transformado y perfeccionado” (Foucault, 1976, p. 52), así pues, este descubrimiento provoca que el cuerpo sea visto como un simple objeto y blanco de un poder, entonces, el paciente ya no goza de privacidad ni en el baño, ni en su cuarto, ni a la hora de la comida, ni a la hora de las visitas, por lo que, en dado caso de faltar a una regla, hay sometimiento o castigos hasta que el paciente logre redimirse, una vez sometido, es más fácil de dominar; entre los castigos abundan las humillaciones, maltratos físicos y psicológicos, aislamientos, entre otros. Y la mortificación principal que sufre el Yo de los pacientes es que están encerrados, aislados, lejos de una socialización con el exterior.

Estos aspectos y muchos más que sufren los pacientes en instituciones de este tipo son claves para mortificar al Yo de los pacientes, pues el Yo es una figura muy frágil y, a pesar de tener ciertos mecanismos de defensa, éste se fragmenta. Por consiguiente, el castigo hacia los sujetos con sufrimiento psíquico se ve también en la expulsión social a la que se enfrentan, y por ello, Duschatzky & Corea (2002) exponen que se debe hablar de expulsión social más que de exclusión, ya que la segunda solo señala el estado en el que se encuentra el sujeto y la imposibilidad de éste para integrarse al orden social, mientras que la expulsión social nombra una construcción de lo social, donde se “produce un desexistente, un desaparecido de los escenarios públicos y de intercambio. El expulsado perdió visibilidad, nombre, palabra...” (p. 18), y es a lo que se enfrentan los sujetos al ser ingresados a una institución total como el psiquiátrico, no solo se enfrentan al estigma sino a la indiferencia de la sociedad que los expulsa de esta misma, considerando que están mejor dentro de una institución que los moldee. Se les quita el lugar que ocupan en la sociedad e inhabilitan sus discursos, dando la idea que solo tienen validez los que están dentro de la norma.

Del mismo modo, Leader (2013) explica algo importante que es necesario poner como ejemplo, y es que, en el abordaje de los padecimientos psíquicos, hay una tendencia a la uniformidad, donde se ve al sujeto psicótico como un objeto a quien se debe moldear, ya que no encaja en las normas sociales y es necesario regresarlos a la realidad, pero no es el caso de una persona que merece ser escuchada y que necesita comprender cuál es su realidad y cómo vivir con ella. El buscar corregir, rehabilitar o regresar a la normalidad a un sujeto es una intrusión que los psicóticos resisten, pues, para ellos, su realidad y verdad es otra. A sabiendas de que la sociedad intenta apartar a los sujetos para que sean moldeados y corregidos de la misma forma, aun cuando sufren de diferentes maneras, cabe destacar que no es un problema individual, sino social, y es a lo que nos enfrentamos hoy en día.

Resulta cuestionable la idea de la "rehabilitación" en las instituciones psiquiátricas, pues aparentemente se piensa primero en el castigo hacia aquellos que no entran en la norma; no se trata de ayudar a las personas con un padecimiento o trastorno mental, sino que se enfoca en que estas personas no sean perjudiciales para el resto de la sociedad. La finalidad de las instituciones psiquiátricas es la de "cuidar de aquellas personas que son incapaces de cuidarse por sí mismas (*debido a que*) constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad" (Goffman, 1961, p. 18). El encierro, entonces, podría relacionarse más con el castigo que con la rehabilitación, aunque también sería pertinente preguntarse a qué se le llama rehabilitación, la idea general más positiva que se tiene respecto a esto es la de atender las necesidades de los pacientes para que puedan tener una vida cotidiana "digna". Sin embargo, los internos son sometidos a diversas mortificaciones que podrían empeorar si no se doblegan ante la autoridad y la norma, por lo tanto, se habla más de disciplina que de bienestar cuando se trata de los pacientes. Es posible que lo anterior se relacione con el hecho de que muchos de los pacientes, si es que salen de las instituciones psiquiátricas, se vean obligados a reingresar.

### 3.3. El papel de la familia durante el encierro de un familiar

*La internación siempre brinda un alivio sumamente necesario para los miembros de la familia que se sienten sobrecargados y desmoralizados.*  
(Elizur & Minuchin, 2006 p.131)

Como bien se sabe, existen diversas instituciones que moldean a un sujeto, pero hay una en especial que hace contacto con él e intenta insertarlo a la cultura desde que nace, y aquí se hace referencia a la familia. Ahora bien, la forma en que operan las familias es distinta en tanto la forma de educar a los integrantes como de insertarlos en el orden social, pues hay familias que se encuentran sumamente arraigadas a sus costumbres.

“Si el padre es designado como el jefe de una familia asimilada a una “personal moral”, el patrimonio, cuyos intereses representa, es, en cierto modo, la traducción del ejercicio de su poder simbólico, y sólo su muerte permite a los herederos, a su turno, tener acceso a ese estatus. Los hijos repiten el destino de los padres y las hijas, el de las madres” (Roudinesco, 2010, p. 42).

Por la cita anterior, es como en la familia se espera a que el sucesor del padre o madre sea *normal*, y para ello la familia intentará llevar por el buen camino a la hijo o hijo. Sin embargo, todas las instituciones están en constante cambio, y la familia no es la excepción, ya que todas las instituciones se encuentran anudadas; si cambia una, la percepción de las demás también. Es de este modo en que el concepto de la familia va cambiando, así como el modo intervenir con los integrantes que la conforman, pero hay algo que se conserva, y es el ideal imaginario, para Roudinesco (2010), este ideal es el temor a ser los *diferentes* de la sociedad y debido a ese temor, se genera el miedo a que el niño sea extraño, he aquí el poder de la cultura y el qué tan arraigadas se encuentren las familias a la misma, pues la familia, cada vez más, se idealiza.

Si bien las familias se concentran en el cuidado de éstas, lo reflejaran en una buena educación, y es difícil seguir el modelo que la familia burguesa “ejemplifica”, de la misma manera, Donzelot (2008) expresa que la definición de la familia se va esfumando con el tiempo a causa del entorno social porque, cada momento que pasa, ésta se va modernizando, se van dando cambios de lo que es bueno o no, y aparece la parte de lo que debería ser una familia “perfecta”. Por esta razón la familia va sufriendo cambios que repercuten en los integrantes, entre las cuales se encuentran los malos hábitos o comportamientos *anormales*

que perjudican el honor, el rango o la reputación de la familia. De modo que, lo único que no cambia es la palabra *familia*.

Entonces, la familia tendrá gran importancia e influencia a la hora de internar a un paciente en una institución psiquiátrica, pues de acuerdo con Goffman (1961) "algunos se internan porque la familia les ha suplicado que lo hagan, o ha amenazado romper en caso contrario, los vínculos de parentesco... " (p. 138). Siendo estos casos los más comunes cuando se trata de ingresar a alguien en un psiquiátrico, generalmente, son los integrantes de la familia los primeros en intervenir además de que son ellos quienes buscan que se haga contacto con algún "especialista", ya sean médicos o psiquiatras. Pero esto crea la posibilidad de conflicto familiar, pues es posible que haya "una experiencia de abandono, deslealtad y resentimiento, aunque para los demás sea obvio que necesita tratamiento" (Goffman, 1961, p. 139), sin embargo, después de ser internado "las visitas regulares del allegado pueden infundir en la «certeza interior» de que todo se hizo por su bien" (Goffman, 1961, p. 143).

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **1. Método cualitativo**

El enfoque de esta investigación fue cualitativo, ya que es un método de investigación que permite construir problematizaciones desde acontecimientos sociales y produce datos a partir de lo observable. Así como también permite comprender perspectivas subjetivas y conocer el sentido que los sujetos le dan a su realidad. Se eligió este tipo de metodología porque se enfoca en la producción de datos descriptivos que se obtienen de las propias palabras de las personas (habladas o escritas) y en la conducta observable de éstas; por eso es importante que el investigador registre sus observaciones, ya que, de los datos obtenidos, se analiza la información que permite acceder a la realidad y posición subjetiva de los sujetos.

...nos coloca en la necesidad de definir cómo concebimos todo lo que acontece alrededor del objeto de estudio. Desde los referentes teóricos pertinentes hasta las decisiones del método que llevamos a cabo para dar cuenta de los propósitos de la investigación; desde las estrategias y tácticas que se emplean, hasta el contexto social-histórico-político en el que se encuentra inserto el campo de intervención (Vilar, 2019, p. 49).

## 1.1. Investigación etnográfica

Se acudió a esta forma de investigación social, debido a que trabaja con diversas fuentes de información, se encarga de recopilar datos de una cultura para entender sus procesos sociales desde la subjetividad de sus integrantes. Del mismo modo, es pertinente aclarar que esta investigación no es neutral, pues todos los sujetos se encuentran (incluyéndonos) dentro de lo observado e interpretado, tal como lo menciona Hammersley & Atkinson:

El etnógrafo, o la etnógrafa, participa, abiertamente o de manera encubierta, de la vida cotidiana de personas durante un tiempo relativamente extenso, viendo lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando cosas; o sea, recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder arrojar luz sobre los temas que él o ella han elegido estudiar (Hammersley & Atkinson, 1983, p. 15).

...de esta manera fue como pudimos llegar a descifrar los significados de una cultura y fue necesario acercarnos de manera planeada, documentándonos sobre aquello que se quería observar y analizar desde un inicio, teniendo un encuadre que nos permitió centrar la información. Entonces, al diseñar la investigación, fue necesario tomar en cuenta las problemáticas inesperadas dado que no sabíamos a lo que nos enfrentamos en el campo.

Dentro de las principales complicaciones que encontramos fueron el acceso al campo y a la información necesaria, y eran situaciones que no están en control de quien investiga, además se corrió el riesgo de que la presencia de los investigadores influyera en el campo de investigación, así como también la información haya sido restringida o dirigida para mantener la confidencialidad e imagen del lugar observado.

El trabajar con este tipo de investigación nos permitió plasmar, con ayuda de ideas previas, las bases para problematizar y contextualizar temas sociales, ya que, al ser flexible en cuanto a la recopilación de datos, logramos construirlos a partir de lo que se fue escuchando, viendo y leyendo. Luego comenzaríamos con la entrada al campo, una de las herramientas sumamente importantes para la presente investigación, pues en el acceso al campo “se puede aprender mucho de los problemas involucrados en la toma de contacto con la gente, así como de la forma en que ésta responde a las aproximaciones del investigador” (Hammersley & Atkinson, 1983, p. 71) y fue de esta forma en que se logró obtener a dos informantes, brindando datos sobre la experiencia subjetiva de quienes han



estado dentro de hospitales psiquiátricos, considerando esto como un recurso. Y, aunque este método actuó en contra en un principio, dadas las circunstancias actuales que se viven mundialmente, se pudo realizar.

## **1.2. Entrevista psicológica**

Esta entrevista fue un instrumento fundamental para la presente investigación, a causa de que es de índole psicológica en vista de que establece una relación entre dos o más personas, marcando la diferencia entre los roles que se desempeñan entre entrevistador y entrevistado. De acuerdo con Bleger (1972), es el entrevistador quien controla la entrevista, pero quien la dirige es el entrevistado, pues es este último quien predominantemente establece y configura la relación interpersonal.

Este tipo de entrevista no tiene el objetivo de recopilar datos como una anamnesis, sino que tiene la finalidad de servir como instrumento complementario para investigaciones, terapias y diagnósticos, aunque no puede reemplazar ni excluir otros procedimientos de investigación.

En el presente trabajo se utilizó la técnica de la entrevista abierta, pues, con esta técnica, "el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para sus intervenciones, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular" (Bleger, 1972, p. 10), es así como se dio pauta para que el entrevistado lograse expresarse con mayor libertad y, probablemente, con mayor fluidez, modificando así el campo de la entrevista porque, una de las características de esta técnica es que la entrevista se configura "al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado" (Bleger, 1972, p. 10) y por ello el entrevistador tiene que seguir de cerca la narración del entrevistado.

La entrevista psicológica hace posible una investigación más amplia, asimismo, toma en cuenta las variables que se puedan presentar. Debido a la situación actual, la pandemia provocada por el COVID-19, una de las variables a considerar fue la disponibilidad tanto del entrevistado como de los entrevistadores para llevar a cabo las entrevistas personalmente (presente físicamente), o en su defecto, realizarlas por alguna plataforma digital, como Zoom o Google Meet, considerando que lo óptimo fue hacer uso de esto último, con el fin de que no existiera la necesidad de hacer cambios en el encuadre de forma abrupta.

### 1.3. La escucha

La técnica de la escucha fue un método que se eligió para poner en juego los significados y significantes que cedieron los entrevistados. Fue fundamental en el presente trabajo en virtud de que se utilizó el método etnográfico, así como también la entrevista psicológica, siendo este instrumento el que pone condiciones para que se logre una escucha de lo que el sujeto en verdad quiere comunicar. Se sabe que el *oír* y *escuchar* pueden ser términos semejantes, pero, si se tratan detalladamente, se encontraran diferencias que los distinguirá: como el hecho de que *oír* es un fenómeno fisiológico, donde se puede oír lo todo lo que está alrededor, sin preguntarse (el sujeto) el porqué de ese ruido; por otro lado se tiene, como dice Barthes (1986), *el acto de escuchar*, que es una acción meramente psicológica porque “no puede definirse más que por su objeto o, [...] por su alcance” (p. 243), es decir, donde el sujeto razona e intenta comprender, agudizando el oído, las razones de lo que escucha. En vista de que es un acto del psicólogo, lo que se pretendió fue tomar las significaciones que el *otro* brindó por medio de su discurso para luego retomarlas y hacer de la sesión más amena.

Además, Nancy (2007) también menciona que es una técnica metodológica que acompaña al *otro* y devuelve sin emitir juicios de valor, y se usa para descifrar las cosas ocultas y volverlas visibles, así pues, la técnica se desarrolla, no de lo que se ve en una observación participante, sino del relato que se brinda, pues, para saber, se necesita de una interpretación de la escucha, si no hay relato, no hay nada qué descifrar. Entonces, estar a la escucha es importante para saber lo que el sujeto guarda adentro, el peso de su pensamiento, ya que puede ser un problema sin resolver, y por ello, el autor dice que es fundamental prestar demasiada atención a las cosas que resuenan en los discursos dados, puesto que, a partir de ahí, se podrá desentrañar un suceso que no se dice directamente, pero que sí se repite constantemente a causa de un malestar y, por ende, se busca ayuda.

#### **1.4. Observación participante**

Se empleó esta técnica, ya que es vital en la entrevista psicológica, pues es empleada para designar “la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el medio de estos últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (Taylor & Bogdan, 1987, p. 31), es decir, no ir de manera rígida al campo pretendiendo responder las preguntas de investigación o que se confirme la hipótesis. La observación participante va más allá de solo observar, “significa efectuar una labor detallada, minuciosa y disciplinada, para lograr una comprensión adecuada de los fenómenos sociales y de sus significados” (Sánchez, 2013, p. 97).

Es una técnica originalmente utilizada por los antropólogos e investigadores sociales, diseñada para trabajar en campo, donde se desenvuelve la vida real del objeto de estudio donde se emplea la descripción densa. Hoy en día es una técnica que enriquece cualquier tipo de investigación social.

Mediante la observación se pretende captar los significados de una cultura, el estilo de vida de una comunidad, la identidad de movimientos sociales, las jerarquías sociales, las formas de organización, etcétera. Ante todo, se trata de conocer los significados y sentidos que otorgan los sujetos a sus acciones y prácticas (Sánchez, 2013, p. 102).

Considerando que el objetivo del presente trabajo es conocer la experiencia del encierro en sujetos con sufrimiento psíquico, esta técnica nos fue útil para adentrarnos en el estilo de vida, de organización y jerarquización que se viven dentro de una institución psiquiátrica. Se pretendió ingresar a un hospital psiquiátrico u otra institución donde estuvieran internados los sujetos a observar para conocer las prácticas realizadas y cómo esto les afecta, para bien o para mal, a los pacientes, pero por la actual situación solo nos quedó observar a través de la pantalla los más mínimos detalles. Si bien teníamos una idea de lo que esperábamos, fue hasta que entramos al campo que supimos mejor la manera de qué y cómo preguntar, pues dependiendo de la situación y al lugar al que asistimos, se modificaron nuestras concepciones y el diseño de la investigación tuvo que adaptarse y construirse conforme el campo lo requirió.

## 2. Sujetos

Se tenía pensado trabajar directamente con sujetos (pacientes) que hasta la fecha estuviesen internados para obtener información más exacta sobre lo que queríamos indagar, sin embargo, la pandemia del COVID-19 siguió presente hasta el momento, impidiendo el acercamiento; razón para optar por otras medidas, cambiando así la manera de realizar las entrevistas y a quiénes se las realizaríamos, siendo éstos los familiares, trabajadores o incluso personas que hayan estado internados con anterioridad. Así pues, se comenzó con la búsqueda de sujetos con las características mencionadas, pero, por la razón de que es un tema delicado, la mayoría se negaba o no respondía, supusimos que se debió al tema del estigma, el miedo a ser señalados, además de que es un tema delicado. Después de largas semanas de búsqueda, se esperó a que el semáforo epidemiológico cambiara, una vez ocurrido esto, entramos al campo, se acudió al hospital psiquiátrico más cercano, en este caso fue el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y ahí se consiguieron dos informantes:

La primera fue Úrsula (ver Anexo 6), señora de 30 años, quien tenía un familiar dentro de la institución psiquiátrica; se trataba de su sobrino de 27 años, había sido internado por primera vez, desde hace 15 días, con diagnóstico de psicosis, pero ese mismo día sería dado de alta. La informante contaba con otro familiar: su cuñada, esposa de su hermano, ya había sido internada un par de veces más, ella tenía 55 años y a la edad de 20 le diagnosticaron bipolaridad y esquizofrenia, antes de ser internada había entrado en estado de psicosis.

El segundo informante fue el señor Dante (ver Anexo 7), no dijo su edad, pero le calculamos alrededor de 58 años. Él expresó que había sido paciente tiempo atrás en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, desde hace dos años y medio él fue dado de alta de su último internamiento y, aunque percibió síntomas a la edad de 16 años, le diagnosticaron esquizofrenia a los 18. Contó su experiencia en la institución y afirmó que los trataban bien, ya que, según sus palabras, era un lugar para tratamiento.

Después, en un abrir y cerrar de ojos, ya teníamos, por lo menos, a un par de personas a quienes entrevistar. Algo curioso a resaltar es que, quienes aceptaron las entrevistas, fueron mujeres de 30 años (aproximadamente) en adelante, posiblemente haya influido el tema de género, sin embargo, no quisimos afirmarlo,

ya que, entre quienes aceptaron brindarnos información, solo hay un hombre (Dante).

La primera entrevistada que aceptó dicha entrevista sin poner excusas y sin importarle que su nombre apareciera en el presente trabajo, aunque se le mencionó la idea de su anonimato, fue la señora Blanca (ver Anexo 8), no mencionó su edad, pero se le calculó unos 61 años. Ella tuvo dos experiencias; el primero fue su esposo, él fue internado en dos ocasiones en el Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" (hospital de psiquiatría del IMSS) por "depresión suicida" (palabras de la entrevistada), sin embargo, desde hace 20 años que salió y decidió ya no regresar por la forma en que lo trataron. A su cuñada le detectaron bipolaridad desde hace 5 años, toma medicamentos y va a ver al psiquiatra.

La segunda entrevistada fue la señora Victoria (ver Anexo 9) de unos 32 años, persona que había sido paciente en dos psiquiátricos; la primera vez tuvo un internamiento de un mes y medio y en la segunda durante 15 días. Ingresó porque acababa de terminar una relación, consumió marihuana, anfetamina y benzodiacepina, se le juntaron varios problemas y la enfermedad se detonó en su trabajo. Su primer internamiento fue obligatorio en el Hospital de Psiquiatría "Morelos" IMSS, donde estuvo dos meses, luego la llevaron en ambulancia al Hospital de Psiquiatría del IMSS No.10 donde la mantuvieron por 15 días, salió con diagnóstico de trastorno borderline o TLP. Asegura que, aunque necesite ir a un psiquiátrico, prefiere aguantar sus síntomas porque no quiere ir a un lugar donde no le ayudan y solo la hacen sentir peor.

La tercera fue la señora Ramona (ver Anexo 10), una mujer con una edad de 40 años aproximadamente, diseñadora y empleada en una empresa de ropa, quien fue contactada por una de las integrantes del equipo un día anterior por vía electrónica. Ella había sido internada en varias ocasiones por depresión que, después se convirtió en principios de esquizofrenia, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Su primer internamiento fue de 16-18 años atrás y sus lapsos de hospitalización fueron de tres años, ella aseguró que entraba y salía constantemente. Aseguró que era un buen lugar y que los trataban bien, incluso lo recomendó.

## IMPLICACIÓN DEL INVESTIGADOR

En un principio, tomamos el tema por interés y cuando lo hicimos teníamos la esperanza de que el semáforo epidemiológico cambiara a un color aceptable para poder salir y hacer el intento de entrar a una institución psiquiátrica, sin embargo, eso sucedió a mediados de 11°. Mientras nos encontrábamos en color rojo nos sentimos frustradas porque no encontrábamos a quiénes entrevistar, fue un momento difícil, debido a que intentamos contactar a personas, pero éstas jamás respondieron. En uno de esos momentos creímos que teníamos que cambiar de tema porque la información a la que queríamos acceder no era posible, hasta ese punto aún no queríamos tirar la toalla, así que seguimos preguntando con conocidos de nuestros familiares y conocidos de conocidos.

Para la semana 9 de 11° Trimestre encontramos a una entrevistada, pero seguíamos estresadas porque no encontrábamos a más, por lo que, una vez cambiando el semáforo epidemiológico a naranja, decidimos partir a hacer una visita hacia el hospital psiquiátrico más cercano, en este caso era el Fray Bernardino, nos acercamos a un par de familiares que se encontraban afuera, pues el hospital solo le daba el acceso a una persona (familiar más cercano). Nos acercamos a una mujer (Úrsula) que tenía a su sobrino adentro y ese día lo darían de alta, por lo que ella quiso que la entrevistáramos ahí mismo para matar el tiempo, al principio lo dudamos porque no era algo que teníamos planeado, pero recordamos que, el que nos contara su experiencia nos serviría para la recopilación de datos y lo mismo sucedió con Dante, nos interesó tanto su experiencia, así que optamos por pedirle una entrevista por algún medio, pero antes de que pudiéramos hacerlo, la familiar a la que estaba esperando salió y Dante se despidió de manera rápida para encontrarse con su familiar, no obstante se fueron; apenas nos dio tiempo de alzar la mano en forma de despedida. En el mismo lugar se encontraba un señor a quien también estaba esperando a alguien, pero cuando nos acercamos, mostrando nuestras credenciales, se espantó, dando un par de pasos hacia el otro lado, debido a su actitud no nos pareció pertinente insistir. Nos fuimos con otra persona quien estaba cerca de las rejas, mirando constantemente hacia el hospital, desde antes de que nos acercáramos el señor nos miró y sonrió, creímos que accedería, pero fue todo lo contrario, antes de que pudiéramos presentarnos, él negó rotundamente que esperaba a

alguien, pero sus actitudes decían otra cosa, no insistimos y creímos que era hora de marcharnos.

Antes de que iniciara la semana 10 de 11° fue cuando poco a poco comenzaron a presentarse sujetos decididos a dar entrevistas. A pesar de que sabíamos que teníamos que trabajar de lleno en las entrevistas, causándonos estrés, muy en el fondo nos emocionamos porque por fin obtendríamos un par de entrevistas más.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

En el presente trabajo, se expusieron y se analizaron los discursos de los sujetos entrevistados, observando y escuchando, de manera detallada, la experiencia y el sentir de los que fueron pacientes y de los familiares a lo largo de este proceso con las instituciones psiquiátricas. Por lo que, en nuestro análisis, se tomaron en cuenta las siguientes categorías: La institucionalización del paciente, donde se abordaron los temas del encierro como exclusión, el sistema autoritario jerárquico, despojo de pertenencias, rutinas y vigilancia, y sometimiento y castigo; El remedio y veneno, donde se tocó el tema de los medicamentos y la rehabilitación; El rol de la familia; y Lo normal vs lo anormal, abordando temas sobre el estigma, lo que nuestros entrevistados ven lo normal y anormal, así como también los prejuicios de la sociedad sobre la enfermedad mental.

### **EL DESPOJO DEL YO**

- **El encierro como exclusión**

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, el encierro es la primera barrera que se le impone a un sujeto para alejarlo de lo ordinario, logrando así, fracturar su vida cotidiana, característica principal de las instituciones totales porque, como lo menciona Goffman (1961), la institución totalizadora “está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior” (p. 18), es de esta manera como van desculturalizando al paciente una vez dentro de dicha institución.

Se pudo dar cuenta de que, hoy en día, la manera de pensar de la sociedad sigue siendo la misma con respecto a la Edad Media en el Occidente, pues en las instituciones que fueron internados los familiares y los propios pacientes, aún

conservan la idea de poner divisiones para diferenciar a las personas “sanas” de las personas con algún trastorno mental, tal como sucedió con los leprosarios en el occidente, si bien antes los mandaban en la Nave de los locos, ahora simplemente se les interna en una institución psiquiátrica porque, según los médicos psiquiatras, es la mejor opción.

Hayan sido años o días de internamiento, al ser internamientos obligatorios es una manera de castigarlos porque no se le pide el consentimiento al paciente, empero, también existe la contraparte, que vendría siendo “es por su bien” o “es lo mejor”. Este tipo de mortificación al Yo se encontró en todos los discursos de los entrevistados, ya que, al ser víctimas de un episodio, se les indicó o fueron obligados a ser internados de manera inmediata, pues se les consideraba como sujetos fuera de la *norma*:

*...yo empecé con... con el síndrome de persecución y a los 18 años ya se me detonó y ahí fue cuando me tuvieron que internar... (Dante, 2021).*

*...él fue con el doctor familiar y ya le dio una orden de que se tenía que internar, porque... la verdad yo no sé qué platicó con el doctor familiar, pero, a mí, el doctor familiar me dijo: «sabe qué, ahorita mismo él tiene que irse a San Fernando...» (Blanca, 2021).*

*...me internan en ese momento y me dicen... «pues, es que vienes mal emocionalmente, más que de... de otra cosa, necesitas ir al psiquiátrico» [...] y de ahí estuve dos días internada, me mandaron al hospital de Morelos [...], es del IMSS, estuve ahí unos 15 días y, bueno, ahí empezó mi proceso... (Victoria, 2021).*

*...ellos te resguardan 21 y no puedes salir... (inaudible) ... ahí estás, encerrada veintiún días para poder estabilizar tus emociones, y después de esos veintiún días ellos te dan un permiso para que puedas estar con tu familia y ven cómo te desenvuelves en el exterior... (Ramona, 2021).*

Es verdad que, al carecer de conciencia cuando los sujetos con trastorno mental se encuentran en un episodio, son difíciles de controlar y por ello los familiares deciden por él o ella, dejando todo en manos de la institución psiquiátrica, ya que es la única institución que los aceptaría, pero bajo el costo de sus reglas. Por un lado se debe a que los familiares no tienen el suficiente conocimiento para tratar



aquellos episodios y la institución sí, pues su principal función es tratar a los pacientes con trastornos mentales, empero, cabe destacar también que, otra de sus funciones es encerrar a los sujetos que se encuentran fuera de la norma, es decir, a sujetos que al Estado ya no le sirve para la producción, y excluirlos de los demás es una manera de deshacerse o desecharlos, puesto que ya no sirven para hacer funcionar la maquinaria capitalista, esto porque en la sociedad del capital el concepto de norma está ligado al de productividad” (Basaglia, 1972, p. 50) y por ello se crearon instituciones aptas para tratar a quienes no son normales, es decir, a “todo lo que obstaculice o sea inútil al proceso productivo” (Basaglia, 1972, p.50) en la sociedad.

Del mismo modo, una vez que los pacientes son encerrados, se someten a cambios en su vida, pues se pudo observar que, en dichas instituciones, tienen ciertas reglas y lineamientos que deben seguir tanto los pacientes como el personal; “los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo, más allá de sus cuatro paredes; el personal cumple generalmente una jornada de ocho horas, y está asociado con el mundo exterior” (Goffman, 1961, pp. 20-21), de modo que, son estos últimos los encargados de lo que ocurre con el paciente. Si el paciente llegase a recibir visitas, es el personal el que se encarga de que se sigan ciertos lineamientos, tal como lo describió Úrsula (2021):

*...a mi hermano lo estuvieron informando por medio del teléfono, por medio de llamadas porque, precisamente, a raíz de esto de la pandemia, o sea, ahorita las visitas no estaban al 100 como quien dice...*

Es visible cómo los miembros del personal siguen normas que ya habían sido impuestas por la institución, misma que, desde cierto tiempo atrás, se tomó la libertad de proporcionarse a sí misma su ley, atravesando cualquier tipo de creencias. Castoriadis (2002) expresa al respecto que, “ella misma (*la institución*) debe decidir a propósito lo que es justo e injusto” (p. 119), lo que es normal y anormal, y cómo hacer que se lleven a cabo sus lineamientos. Si antes las visitas constaban de un proceso físico, ahora, a raíz de la pandemia, se han implementado nuevas reglas a seguir, como lo es mantener la distancia entre visita-paciente. De igual manera, la institución en la que el familiar de Úrsula

(2021) se encontraba internado, había decidido que la mejor manera de tener control sobre sus pacientes era clasificándolos de la siguiente manera:

*...los tienen por niveles creo que también, desde... ¿cómo se podría decir?, desde lo emocional, a lo mejor leve hasta al grado de que han llegado a matar o a quererse quitar la vida o todo eso, porque los tienen por niveles...*

Está claro que los pacientes no tienen voz ni voto porque, al entrar en el sistema institucional, están entrando a un nuevo sistema en lo que respecta a lo cultural, simbólico e imaginario, segregando antiguas culturas, mitos y creencias del sujeto. Es de esta manera que, como dice Enriquez (1998), este tipo de instituciones imprimen su sello en el comportamiento y en la psique de quienes conforman la institución, pues se le ofrece “un sistema de valores y normas, un sistema de pensamiento y acción que debe moldear la conducta de sus agentes” (Enriquez, 1998, p. 89). En caso de faltar a estas normas, es evidente que se toman medidas estrictas, pues las leyes de la institución hacen al sujeto entrar en el orden *normal*, pues esa es su finalidad. Por esa misma razón, Elizur & Minuchin (2006) mencionan que, “lo que se había considerado como un control neutro, o un tratamiento de capacitación, se visualizó como un instrumento de despersonalización. Algunos comenzaron a equiparar la internación con la esclavitud...” (p.34), pues los pacientes son sometidos al reglamento sin poder cuestionarlo.

Al ser encerrados, los pacientes no solo tienen que lidiar con su exclusión y con su sufrimiento psíquico, sino además a lo que la institución establezca; por esa razón solo ellos saben cómo es el proceso que se les da *adentro*, porque, para las personas de *afuera*, el problema se reduce a eso: una diferencia entre *adentro* y *afuera* de la institución psiquiátrica, sin ver más allá de lo que implica estar *adentro*. Entonces, el encierro tiene doble definición para la sociedad mexicana porque ahí yace el problema del estigma, al hablar de un encierro en una institución psiquiátrica rápidamente se piensa en las diferencias entre lo *normal* y *anormal*, el *loco* y *no loco*, el *peligroso* e *inofensivo*. Con el ingreso a una institución total, levantando las barreras entre el paciente y el exterior, es como surge la principal mortificación hacia el Yo, pues los privan de cosas básicas al tiempo que se encuentran con más obstáculos que, envés de acotar la brecha que los separa del exterior, la expanden.

- **El sistema autoritario jerárquico**

*...he sabido de otros que sí los tratan con la punta del pie...*  
Dante, 2021.

Una vez producido el encierro, los pacientes se enfrentan a otra mortificación que es estar a la disposición de quienes tienen un rango mayor al de ellos, en este caso sería el personal que se encarga de seguir las órdenes de los médicos psiquiatras y éstos, a su vez, del director general. De acuerdo a la jerarquización existente en las instituciones es como los pacientes se encuentran obedeciendo a sus superiores, ya que los internos se hallan en una rama inferior, entonces son sometidos por personal de la institución psiquiátrica, obligados a cumplir lineamientos rígidos y posibles castigos por no cumplir con las reglas. Esto sucede porque, desde el punto de vista de Goffman (1961), la institución le cede el poder a las personas que pueden moverse entre los pacientes y “cuya actividad específica no es la orientación, ni la inspección periódicas [...] más bien de vigilancia: ver que todos hagan lo que se les ha dicho claramente que se exige de ellos” (p. 20). Si bien el personal tiene que hacer obedecer las reglas, también aplica para quienes van a visitar a sus familiares o sus internos, y así lo mencionó Úrsula (2021):

*...aquí lo malo es que no nos dejan entrar a más, o sea, que nada más entra el paciente y el familiar más cercano a él...*

*...sí entra el paciente normal, vestido, ¿no? Ahí adentro hay vigilancia, ahí también hasta como que se te hace mal plan, pero te revisan que no lleves algún tipo de armas: navajas, cuchillos. De todas maneras, te terminan desvistiendo porque te dan la ropa que les dan ahí a los internos...*

Es de esta manera que la misma institución se apropia, indirectamente, de los visitantes, puesto que los pone bajo su régimen desde que entran o pisan su suelo, y en el discurso puede notarse este aspecto cuando les dan ropas para distinguirlos como tal, personas iguales a los pacientes que tienen que obedecer, pues están en territorio nuevo y, por ende, tienen que adaptarse a la institución. Podría tomarse a que la institución se preocupa por el bienestar de ambas partes, sin embargo, ¿por qué deshacerse de las cosas personales?, no se puede negar que, desde el punto de vista de Goffman (1961), al deshacerse de las cosas

personales, es como un sujeto se deshace de su Yo, y se debe a que, antes de entrar a un nuevo sistema, la institución se debe asegurar que, quien entre, debe también entrar a su mundo tanto cultural, simbólico e imaginario sin cuestionarlo.

Por el contrario de las familias, a los internos se les tapa la verdad con el pretexto de que es por su bien y, por lo tanto, obedezcan sin oponerse a las reglas que deben seguir. Pero, en la contraparte de la institucionalización, se encuentra la desculturización de los internos, es decir, con el tiempo incapacitan temporalmente o completamente a los pacientes “para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior” (Goffman, 1961,p. 26), pues, al estar encerrado o adentro, se les reprimen las necesidades básicas y, en su lugar, los moldean porque, teniendo en cuenta lo que dice Foucault (1976), son cuerpos dóciles y son el blanco perfecto para manipular, de tal manera que los sujetos se acoplan y se moldean a ciertas normas y reglas que se le han impuesto, y son ideas que, después de un tiempo, ellos mismos reproducen:

*...Pues sí, ya no nos permiten plumas, libros, hojas, este, nada punzocortante, nada, nada, nada, no sé por qué [...], bueno en su razón es que pues nos pueden... nos podíamos lastimar... (Victoria, 2021).*

Sin bien es cierto que el personal, por tener una posición más alta que los internos, tiene derechos sobre los pacientes, es cierto que también se sienten con la libertad de tratarlos como ellos quieren, de manera rígida y hostil. “El personal tiende a sentirse superior y justo; los internos a sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables” (Goffman, 1961, p. 20) y, por consiguiente, como afirma Basaglia (1972), una vez dentro de la institución, al interno ya no se le ve como una persona, sino como un objeto y se le trata como tal, como una oportunidad para experimentar con la enfermedad, y ese fue el caso de Victoria (2021), quien llegó a ser una paciente y lo describió de la siguiente manera:

*...yo al menos me sentía así como, uhm, muy observada, muy juzgada, todos haciéndote preguntas, todos mirándose y observándose unos a otros, uhm, no, carecían de calidad, de tener esa calidez y eran muy fríos...*

Por los discursos anteriores se sabe que los espacios que comparten los internos pueden parecer buenos por el simple hecho de que tienen vigilancia para todo lo que hacen, aunque a los ojos de los mismos pacientes puede no ser así. Existen

casos en los que los pacientes se sienten vistos como parte de un experimento; con observaciones de cerca, imponiéndoles reglas que deben seguir al pie de la letra porque, a quien llegase a fallar, se le consideraría anormal, es decir, que aún no está en condiciones de ser un sujeto productivo para la sociedad y, por lo tanto, tiene que quedarse en la institución para ser examinado, imponiéndole más reglas a seguir hasta lograr ser un sujeto *normal*. Entonces, cabe destacar que, la superioridad con la que se enfrenta al paciente a causa de la jerarquización, lo invade por completo, incluso antes de que pueda rehusarse a los reglamentos de la institución.

- **Despojo de pertenencias**

En el momento en el que un paciente ingresa a una institución total se le despoja de todo aquello que solía distinguir a su persona, ya sean objetos o servicios con los que el paciente podía identificar o diferenciar su apariencia en el exterior, entonces, al estar internado en una institución psiquiátrica, el sujeto pierde el manejo que tenía sobre su apariencia y sobre sus objetos personales. Las cosas de uso personal que suelen considerarse banales como ropa, cosméticos o productos de higiene, comienzan a ser más valiosas para el paciente debido a que "todo esto puede serle arrebatado o negado, aunque algo acaso se conserve en un depósito inaccesible, con el propósito de restituirselo cuando salga, si sale" (Goffman, 1961, p. 32). Es debido a este despojo que hasta las pertenencias más ordinarias se vuelven codiciadas por los pacientes, tal como lo mencionó Victoria (2021):

*...no me permitían tener ni un lápiz, un libro, no me permitían tener algún objeto personal...*

*...tratábamos de jugar, de, de enfocarnos en cosas que pues lo único que teníamos ahí era eso ¿no? Porque pues no podíamos ni meter ni plumas, ni un papel, ni un libro, ni, ni una, este... nada...*

La pérdida del control sobre las pertenencias implica ceder parte de la identidad del sujeto, parte de su ser, tal como lo expresa Goffman (1961), "la despedida implica el desposeimiento de toda propiedad, importante porque todas las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen" (p. 31), y es así porque solo ellos saben cuánto significan sus objetos, sus pertenencias.

En cuanto a esta mutilación al Yo directamente, también se encuentra la manera en que, entre pacientes, se agreden entre ellos tanto de manera física como lo es de manera simbólica:

*...hubo personas... bueno, sus compañeros que les robaban sus pertenencias, es por eso que la institución nos obliga, a que... les pongamos su nombre a sus... a sus cosas, incluso la pasta, los dent... el cepillo de dientes, cosas personales, este, teníamos que marcarlos... (Blanca, 2021).*

En el caso de Blanca, la institución reponía los objetos personales de esta manera, sin embargo, no se hacía responsable si algún interno se robaba las cosas de otro, teniendo en cuenta que, de igual forma, es una manera de fragmentar al Yo del paciente, pues, al atentar contra sus cosas personales, se les está atentando también contra el sujeto mismo, puesto que son cosas que están íntimamente ligados e identificados con el Yo del paciente.

- **Rutinas y vigilancia**

Actualmente se puede ver que hay rutinas todo el día y todos los días en lugares donde ciertos seres humanos han inventado para cierto tipo de población, en este caso, un psiquiátrico, institución que maneja muchas de las necesidades de sus pacientes mediante una organización burocrática, trayendo consecuencias importantes, por supuesto para el paciente a causa de una vigilancia constante. Esto quiere decir que, hay un despojo del rol hacia el paciente, ya que, todo a lo que estaba acostumbrado en medio de la sociedad, en el exterior, se va perdiendo.

El hecho de tener un horario adentro también significa que “se habrán planificado todas sus necesidades esenciales” (Goffman, 1961, p. 23), aunque tenga poco que ver con la vida en el exterior. Una vez dentro, el paciente se tiene que ajustar a las reglas: a cierta hora se desayuna, se come y se merienda, tiene que asistir a las reuniones (o terapias de grupo) que ya se le asignan, etc. Y ahí va comenzando una mortificación al Yo, algo en común que tienen todas las instituciones totales o por lo menos en las instituciones que los entrevistados hablaron, pues claramente se refleja en todos los discursos:

*...los mantienen sedados, los mantienen tranquilos, los entretienen dentro también porque pues no los pueden tener tampoco durmiendo todo el día, tienen que hacer algo... (Úrsula, 2021).*

*...pararse, bañarse, tomar medicamentos, desayunar (el informante contaba con los dedos de sus manos mientras recordaba) y ya bajar al patio o quedarse allá arriba, durmiendo, o algo y este... después era tomar medicamentos a mediodía, como a eso de las dos, y ya después comer y casi, junto con la comida, era la cena, casi, a las siete de la noche estoy cenando... (Dante, 2021).*

*...todo eso lo tienen por horarios...incluso para ver la tele eran unos horarios... los medicamentos, la comida... el desayuno, este, todo, todo es por horario... (Blanca, 2021).*

*...o sea, literal es dormir, comer, tus chochos, volverte a dormir [...] Y en el otro era dormir, bañarte, salir un rato al patio, a convivir con todos, hombres y mujeres, comer, y darnos charlas de higiene o cosas así, [...] y nos dejaban ver un ratito la tele, era todo... (Victoria, 2021).*

*...tienes un horario para levantarte, bañarte, arreglarte, este... desayunar, uhm para bajar a hacer este... terapia ocupacional, te ponen a hacer terapia ocupacional, referente a al... tratamientos que llevas individual, este... ellos manejan unos horarios para tus citas en los que ellos van a tu habitación los psicólogos y los psiquiatras... (Ramona, 2021).*

Esta parte es crucial para el Yo del paciente, pues ya no goza de ciertas libertades que, una vez dentro, se aprecian, lo que es dormir, comer, jugar, ser escuchado, trabajar, entre otras, se pierden. No refiriéndonos a que los privan de sus necesidades básicas, sino que esas comodidades de las que se gozan libremente afuera, adentro es otra cosa; se comparte el cuarto para dormir con otros, problemas con las camas, el horario para la comida, incluso, en algunos casos, a los pacientes no les dan cubiertos para que no se lastimen o si se los dan son una cuchara y de plástico, etc. De esta manera puede ocurrir una “desculturación” o un “desentrenamiento”, como dice Goffman (1961), donde el rol que ejercía el paciente en el exterior se va desvaneciendo.

Ahora bien, la clave para que las rutinas programadas se lleven a cabo, es por medio de la una constante vigilancia hacia los internos, de esta forma es como se

cercioran de que los internos cumplan con las reglas de la institución. Algo importante que decía Foucault (1976) es que, el “espacio cerrado, vigilado en todos sus puntos, en el que los individuos están insertos en un lugar fijo, en el que los menores movimientos se hallan controlados [...] constituye un modelo compacto del dispositivo disciplinario” (p. 182), es decir, el modelo disciplinario que se encuentra en cada institución psiquiátrica es para tener un mejor control sobre los pacientes, pero si bien se puede tomar como algo que es para el bien del paciente, la otra cara de la moneda arroja a que se deshacen de una característica principal de un ser humano: respeto a su privacidad y “una exhibición similar (*a los exámenes médicos y las inspecciones con motivo de seguridad de los pacientes*) resulta de la disposición de los dormitorios colectivos” (Goffman, 1961, p.36), cabe destacar que, es meramente un derecho y, sin embargo, la institución se encarga de exponerlos, envés de resguardarlos, asegurándose de que *lo importante y confidencial* de un sujeto ya no lo sea. Esta particularidad la encontramos en los siguientes discursos:

*...yo me imagino que comparten porque, bueno, mi cuñada, hasta donde nos cuenta las habitaciones son muy grandes, nada más que los tienen separados con cortineros, hay unos cuartos que sí y hay otros que no... (Úrsula, 2021).*

*...son seis camas por... por... ya ni me acuerdo cómo le llaman, pero seis camas por cuarto... pero están separados hombres y mujeres, en el patio sí se reúnen... (Dante, 2021).*

*...Ese psiquiátrico tiene alas, según la enfermedad es el ala a la que te ingresan, a la ala de mujeres, tienen alas de hombres... (Ramona, 2021).*

Aunado a lo anterior y siguiendo con la línea de Foucault (1976), someten a los sujetos porque la institución ha encontrado en ellos un objeto. Si bien son cuerpos dóciles, capaces de obedecer y ser moldeados, como se mencionó anteriormente, también existe la posibilidad de que pueda haber una revelación, algo que Basaglia llamaría anti-institucionalización, sin embargo, la institución es tan lista y rápida que aplica el arte de las distribuciones. Hay un encierro obligatorio, donde mantienen en orden a los internos bajo la obediencia; existe una localización o división de zonas y ahí mantienen a los pacientes para evitar distribuciones, logrando la individualización; y se encuentra el emplazamiento funcional,



causando el rompimiento de comunicaciones entre pacientes para hacerlos sujetos “productivos”. De tal modo, como bien lo dice Goffman (1961), el interno casi nunca estará solo, ya que siempre habrá alguien que podrá observarlo y también oírlo, de manera directa o indirecta, además de los compañeros/as de cuarto, para hacer que se cumplan las reglas. Victoria y Ramona lo expresaron así:

*...lo único que podíamos hacer bajo vigilancia, era, este, tenía como un, una cajita donde tenían un jenga y cosas así, muy chiquitas, pero no, o sea, muy raro que nos lo prestaran [...] nada más nos observaban, ajá... (Victoria, 2021).*

*...solo sé que tenía que haber una persona de 24 horas, mujer que te cuidara[...] a donde quiera tenía que seguirte una persona... (Ramona, 2021).*

*...no puedes estar sin cuidador por lo mismo que, pues la mayoría de nosotros como pacientes tendemos a hacernos daño, entonces siempre tiene que haber alguien al pendiente de ti... (Ramona, 2021).*

Por el contrario del discurso de Victoria, con Ramona podría decirse que ella se institucionalizó al grado de normalizar la vigilancia, reproduciendo dicha regla sin notar que, indirectamente, estaba mortificando a su Yo cuando justificaba el porqué de la vigilancia. Es importante ver que, la justificación de Ramona era el principio de una alienación, a juicio de Castoriadis (1983), un principio donde el sujeto entra a una lógica de la institución, dejando una parte de él o haciendo un intercambio para pertenecer a una masa (la institución en este caso). Si el sujeto permite perder algo que es suyo, automáticamente le está cediendo el permiso a la institución de lograr su cometido de dominarlo, pensar por él, manejarlo y controlarlo, de manera que se someta por completo a su voluntad.

- **Sometimiento y castigo**

El castigo y el sometimiento son conceptos totalmente diferentes, empero, van de la mano, así como también con las demás mortificaciones, pues, no hay castigo sin antes haber un sometimiento, y para que haya un sometimiento se necesita de la vigilancia para que el personal sepa a quién castigar para proseguir con el cumplimiento de las reglas. Justo por esa razón, a los pacientes se les enseña, por medio de normas y leyes, que antes de hacer cualquier cosa deben pedir

permiso, aunque sea una actividad menor, una actividad que cualquiera, por su cuenta, podría desarrollar en el mundo exterior, puesto que, transgredirlas, sería motivo para el castigo.

Para esta categoría se tienen dos perspectivas: el personal y los pacientes. El personal se encuentra una posición difícil porque hay una gran diferencia entre lo que el personal hace y lo que la institución quiere que haga, pero como su mundo es el hospital psiquiátrico, entonces “el personal supone que los pacientes son capaces de agredir de manera sorpresiva a un funcionario y lesionarlo «sin ninguna razón»” (Goffman, 1961, p. 84), y es por ello por lo que se explica su comportamiento frente a ciertas actitudes de los pacientes. Este acontecimiento se logró ver en Úrsula (2021):

*...En el caso de mi cuñada pues sí, dos-tres veces sí fue sometida porque llegó al grado de que le tocó agredir a doctores o enfermeras, y al grado de que pues ya... y ya cuando los someten son cuando llevan camisas de fuerzas, entonces para que se dejen inyectar o que les metan un tranquilizante...*

Aunado a lo anterior, también existe la contraparte, en donde los pacientes son sometidos a la fuerza, sin ninguna razón fundamentada. Donde el rol de adulto se va perdiendo por la intromisión del personal y comienzan a ser dependientes de ellos. Una vez sometidos, los pacientes son más fáciles de manejar para la institución, porque, como afirma Foucault (1976), éstos logran responder como a una máquina y solo así son útiles para una manipulación; de aquí que, en ocasiones, el personal podría abusar de su puesto, tal como lo mencionaron Blanca y Victoria:

*...fueron varios, yo creo unos seis, siete personas que la sujetaron, la amarraron así horriblemente, a mí se me hizo inhumano, para mí es inhumano tratar a una persona así porque no estaba agresiva conmigo, simplemente porque la querían meter y ella no quería meterse... (Blanca, 2021).*

*...si tú haces esa agresión en un psiquiátrico, «inmediatamente hay que darle el sabanazo, meterlo en el cuarto donde están los más intensos» [...], yo empecé a desquiciarme y a desesperarme de estar encerrada, yo no quería estar con esa gente y al sentirme así lo único que hice fue gritar, ponerme más de malas y entonces me dieron más medicamento. Y entonces me apartaron de las demás*

*porque “no les fuera a hacer daño” y en mi consciencia no era así [...] Mientras más te rebelas, más te someten ... (Victoria, 2021).*

El sometimiento que se ejerce hacia los internos va desde las humillaciones hasta lo físico, y por ello, en el caso de Victoria, la paciente se llegó a sentir inferior, débil y avergonzada. Pero esa es la finalidad de la institución, hacerle creer al otro que es “divina, todopoderosa, referencia única, que niega el tiempo y la muerte, madre englobadora y devoradora, y al mismo tiempo madre benévola y nutricia” (Enriquez, 1998, p. 91), a sabiendas de que no siempre tiene la razón. Precisamente por este punto es que, la institución impone sus castigos porque cree que tiene el derecho. Sin embargo, si uno o más de castigos se ejercen en las instituciones psiquiátricas, claramente se mortifica al Yo de los pacientes porque son doblegados a seguir reglas aún en contra de su voluntad, de lo contrario, saben que serán castigados:

*...las visitas creo que eran en la mañana y en la tarde y eso dependiendo del comportamiento del paciente... como estuviéramos nosotros de tranquilos... (Ramona, 2021).*

Asimismo, en el hospital de psiquiatría del IMSS aún se practica la terapia de los electroshocks, siendo este un castigo doble; para los que lo reciben y para los que les sirve de advertencia, donde el propósito es meterles miedo de que eso les puede llegar a ocurrir si llegasen a quebrantar las reglas, tal fue el siguiente caso:

*...cuando ellos se ponen mal, los llevan a los electroshocks [...] y les dan descargas... (Blanca, 2021).*

Procedimientos como este es lo que nos permite cuestionar que se está haciendo en materia legislativa y defensa de los derechos humanos de pacientes con trastornos psiquiátricos, así como cuestionarnos si este tipo de castigos son de conocimiento general o se realizan fuera de los estándares y normas establecidas para las instituciones psiquiátricas del país. Se debe trabajar en materia legislativa y en las instituciones de salud para garantizar que los pacientes reciban atención de calidad, promoviendo un espacio de respeto, aunque no se ejerció con Victoria (2021):

*...evidentemente no me sentía apapachada obviamente, yo creo que eso es algo muy importante, a lo mejor no que te hablen con flores y corazones, pero sí darte esa seguridad de que, quien te está tratando, es un profesional y que no se burla de ti... (Victoria, 2021).*

Al escuchar el discurso, podemos dar cuenta qué es lo que se espera de una institución psiquiátrica, pero al estar dentro, estas expectativas se ven derrumbadas por la actitud y discurso del personal que está a cargo. Y, por tales castigos que se implementan en dichas instituciones, se puede decir que “los pacientes llegan a ser incapaces de confiar en su propio juicio, se vuelven indecisos, abiertamente sometidos a la autoridad y se asustan del mundo externo” (Chambelin, citado en Elizur & Minuchin, 2006, p.35), si bien puede ser cierto, queda cuestionarse la cita, ya que, en el siguiente caso, sucede todo lo contrario:

*...Prefiero aguantarme mis signos y mis síntomas y mi depresión a volver a ir ahí, donde me hacen sentir peor, donde no tienen esa humanidad... (Victoria, 2021).*

Como se pudo observar, es evidente que Victoria se resiste a los lineamientos institucionales, pero pudo deberse a que “a menudo los intentos para tratar a un paciente en realidad son esfuerzos para alterar su conducta de una manera u otra” (Szasz, 2004, p. 20), esfuerzos que tuvieron como repercusiones rechazar lo que implica la institucionalización. Aunque parece no ser el caso de Ramona y otros pacientes, pues, siguiendo la perspectiva de Foucault (1976), esto se puede deber a que los sujetos se someten a ciertas normas, tanto que las reproducen por inercia con la excusa de que es algo normal y por ello ya debería saberse, de este modo es como permiten que la Institución los gobierne, puesto que son sujetos que están institucionalizados y arraigados a las formas en que se les imparte la disciplina, produciendo que vean como algo *normal* el hecho de ser pacientes sometidos:

*...les gustaba que les dieran así las descargas...dice mi marido que salían bien contentos de ahí de... del cuarto de... ellos le decían del “cuarto de los sueños”, entonces salían relajados y todo, incluso ellos tiraban el medicamento para que los llevaran al cuarto... (Blanca, 2021).*

*...hay pacientes que... pues llegamos a tener crisis, que llegamos a tener este... otro tipo de enfermedad como es la bipolaridad, ese tipo de cosas y... y pues*

*desafortunadamente nos tienen que someter (rio) o sea, nos tienen que amarrar o no sé para no hacernos daño, o nos tienen que sedar, porque cuando uno entra en crisis pues sí muchas veces es muy difícil controlarnos... (Ramona, 2021).*

*...yo creo que sí es muy prudente que en algún momento pues... te sujeten, o sea, la verdad es que nunca son tratos malos, no te golpean, no nada, nada más tratan de sujetarte a la cama para que no vayas... (Ramona, 2021).*

Por lo anterior y con base en Canetti (1981), el autor expresa que esto puede suceder porque en el fondo, el sujeto, tiene la necesidad de sentirse identificado y poder ser alguien, el autor alude que el ser humano, en un principio, puede ser temeroso y por ello se la pasa huyendo de todo lo desconocido, sin embargo, todo cambia cuando se deja tocar por el otro (en este caso, por la institución), y “esta inversión del temor a ser tocado forma parte de la masa” (p.4), a lo que se refiere es que el ser humano pasa a ser parte de una masa, de un grupo social, o de una institución porque se siente identificado con él. Entonces todos los sujetos que constituyen una masa se ven en la necesidad de sentirse igual al otro, de tal manera que, al ser parte de ese círculo, se desprenden de lo que los hace diferente (o anormal en el caso de Ramona) de los demás. Como se mencionó con anterioridad, la institución intentará quedar bien ante los ojos de los demás y de los pacientes que logre tener bajo su mando, pues se debe a que “va a tratar de atrapar a los sujetos en la trampa de sus propios deseos de afirmación narcisista y de identificación, en sus fantasmas de omnipotencia (*porque*) [...] van a favorecer la construcción de individuos que les sean devotos, en la medida en que logren instaurarse para ellos como polo ideal, y enfermarlos de ese ideal” (Enriquez, 1998, pp. 91-92), y en caso de faltar la institución, Goffman (1961) dice que, sus pacientes pueden perder “en ellas el sentido de la seguridad personal, y esto fundamenta ciertas angustias relativas a una posible desfiguración” (p.33). Tanto Ramona como los internos han normalizado esta mortificación a grosso modo de que creen que lo necesitaban o eso le hizo creer la institución, pese a ello y a estas alturas del análisis no nos atrevemos a afirmar nada.

Es claro que estos aspectos son claves para mortificar al Yo, pues el Yo es una figura muy frágil y, a pesar de tener ciertos mecanismos de defensa, se fragmenta, porque esos aspectos matan algo del Yo, si no es que totalmente.

## ¿SE HABLA DE REHABILITACIÓN?

- **El remedio y el veneno**

Dentro del tratamiento que se les brinda a los sujetos en las instituciones psiquiátricas, encontramos que la administración de medicamentos es el predominante e incluso, en muchos casos, el único al que se recurre, pues se tiene conocimiento de que:

Existe un gran número de tratamientos para el manejo farmacológico de los trastornos mentales. Se ha observado que muchos de estos tratamientos son eficaces en las etapas agudas y para prevenir recaídas, pero otros muchos siguen sin demostrar su eficacia en los tratamientos a largo plazo y el control diario de los trastornos mentales. En consecuencia, no todas las farmacoterapias “eficaces” son “esenciales” (OPS & OMS, 2010, p.1).

Comprender que la administración de medicamentos no es la única forma de tratar a los pacientes, les concierne tanto a los profesionales de la salud, a la familia y a los mismos pacientes, aunque la institución no toma en cuenta a estos dos últimos, pues, una vez dentro de la institución, ésta decide por el paciente porque tiene poder sobre ellos, y si dice que medicarlos es la mejor opción, se siguen sus reglas, y así sucedió en los siguientes discursos:

*...pues ella lleva su tratamiento ahorita en este caso, ella lleva proato de magnesio, cloracefan o cloracefina, o algo así, y le dan otro medicamento, no me acuerdo cuál, pero sí, sí lleva, entonces ahorita pues ella... como quien dice, ella vive sedada... (Úrsula, 2021).*

*...atienden con sus medicamentos... (Dante, 2021).*

*...su hermana [...] tiene como cuatro años o cinco años que está tomando medicamentos, pero yo no la veo nada bien [...] ella cada mes va a ver a su psiquiatra... ella está medicada... (Blanca, 2021).*

*...Salí tranquila por el medicamento... (Victoria, 2021)*

*...los medicamentos son muy puntuales para dártelos... (Ramona, 2021).*

Por lo anterior, no queremos enfatizar que el uso de los medicamentos sea un tratamiento maligno, porque bien pueden ayudar al paciente a estabilizarse, sin embargo, la administración de medicamentos con la pretensión o falsa idea de

que se modificarán las conductas, el pensamiento o las emociones de los pacientes, hace que no se visibilice la importancia del acompañamiento psicológico, ya que “los planes de tratamiento articulados, comprensivos e individualizados pueden representar la mejor opción terapéutica” (OPS & OMS, 2010, p.4). Si bien los medicamentos se utilizan porque la enfermedad mental del paciente así lo pronostica, también existe la posibilidad de que se haga mal uso de estos medicamentos; dándoles los incorrectos a pacientes que, por mala suerte, afecta aún más a su salud mental, física y emocional. En los discursos siguientes se mostró el uso inadecuado de los medicamentos en el tratamiento:

*...la segunda vez fue, para mí, lo más feo que pude vivir en mi vida porque le dieron medicamentos..., se confundieron con el medicamento, pero yo estaba con él conversando y empezó a... se le empezó a inflar la lengua hasta sacarla [...] entonces para mí fue súper mal, de ahí yo correr y decirle a las enfermeras que se lo llevaran porque yo sentía que se ahogaba; le creció su lengua, se le fue para afuera, pero así como una lengua de un animal, gruesa, gruesa. Uhm... incluso yo tuve que ir a hablar con el director, que si algo le pasaba a mi esposo pues sobre de ellos porque lo vi muy, muy, muy, muy mal... (Blanca, 2021).*

*...horrible la atención [...] yo así de: pero es que este medicamento me está durmiendo la mano, es la quetiapina, [...] me está dando vueltas la cabeza con la olanzapina, se me está durmiendo la mitad... (Victoria, 2021).*

Asimismo, se pudo ver que, el tratamiento, en estos casos, está basado en la idea de calmar los signos o síntomas que presentan los pacientes con fármacos, lo que no solo sigue complicando su estado mental al no tener un tratamiento integral, también tiene afectaciones a nivel físico y orgánico:

*...yo subí mucho de peso porque los medicamentos que me mandaban, pues te aletargan... (Ramona, 2021).*

Estas medicinas no son totalmente inocuas, al igual que cualquier otro tipo de medicamentos, tienen efectos adversos que pueden agravar las condiciones y calidad de vida de los sujetos, razón para que la OPS y OMS (2010) manifiesten que, “los pacientes deben tener información acerca de los posibles efectos secundarios, así como de las medidas que deben tomarse para su manejo” (p.5), esto sin hacerlos a un lado por el hecho de padecer una enfermedad mental, pues

siguen siendo seres humanos y lo que suceda con su enfermedad mental les concierne también.

Ahora bien, ya que el medicamento se administra en todos los entrevistados, es importante saber sobre el Farmakon, éste es presentado por la farmacia de Platón<sup>3</sup> como una cura (solución), pero también tiene elementos mortíferos y la función de éste puede variar.

“Ese fármakon, esa «medicina», ese filtro, a la vez remedio y veneno, se introduce ya en el cuerpo del discurso con toda su ambivalencia. Ese encantamiento, esa virtud de fascinación, ese poder de hechizamiento pueden ser —por turno o simultáneamente— benéficos y maléficos...” (Derrida, 1975, p. 102).

De este modo es que los medicamentos, en su momento, puede calmar los malestares que vivencian los pacientes, pero el uso constante de los mismos hace que los cuerpos se acostumbren a tal medicamento, como una droga, tanto que se tiene que recurrir a otros medicamentos para que sean eficientes a la hora de calmar los síntomas del paciente:

*...ya no les hace efecto porque ya, como quien dice, su sangre ya está intoxicada del medicamento, ¿no?, entonces... pues tienen que volverle a hacer una desintoxicación o no sé si les hacen un lavado de estómago, no sé, o les vuelven a reajustar, o les meten una dosis más alta del medicamento... (Úrsula, 2021).*

*...ella tiene un descontrol. Ahorita le ajustaron, como quien dice, el medicamento... (Úrsula, 2021).*

*...pasaban 2-3 horas y me sentía mal, yo tenía la necesidad de meterme algo y me volvía a tomar el medicamento, entonces empecé a entender que sí necesitaba el medicamento [...] pasando el efecto del medicamento sentía estrés, estrés de decir: “¿y si... y si me deshabeto en este momento, porque no me siento bien?”, y me volvía a tomar el medicamento. Y pues así, así me sentí [...] cumplí medio año, medio año lo dejé y otra vez medio año estuve con el medicamento y ya después lo dejé, dejé el medicamento, dije: «ya no más, ya no más...» (Victoria, 2021).*

Por el discurso de Victoria, se pudo afirmar que, tales medicamentos poseían la misma función de una droga; le sirvieron como remedio a la hora de calmar sus

---

<sup>3</sup> "En «La pharmacie de Platón», representan dos medicinas ocultas que transgreden las leyes de los dioses. Inventan filtros y trazos que son ora remedios, ora venenos" (Le Poulichet, 1990).



síntomas o sentirse completa, pero cuando el efecto pasaba ya sentía la sensación de malestar y de necesidad. Las razones por las cuales decidió no continuar con el tratamiento farmacológico pueden ser diversas, desde haber presentado efectos secundarios, que ya no le hacían el mismo efecto e incluso pensar en una posible farmacodependencia. Por lo anterior, es que se pudo pensar en la ambivalencia del medicamento como remedio y veneno.

A estas alturas del análisis, nos atrevemos a decir que existen dos tipos de psiquiatras: quienes quieren que sus pacientes salgan y se reintegren a la sociedad que alguna vez los expulsó y otros quienes solo quieren poder sobre los pacientes, Szasz (1984) los llama retóricos deshonestos y retóricos nobles:

“el retórico deshonesto utiliza el lenguaje para incrementar su poder, para adquirir adeptos a su propia causa y para crearse leales seguidores personales, también el retórico noble utiliza el lenguaje para independizar a los hombres de su inclinación a depender de la autoridad, para animarlos a pensar y hablar claramente, y para enseñarles a ser sus propios amos” (p. 28).

Cabe preguntarse qué clase de psiquiatra atendió a Ramona, puesto que el deshonesto pudo refugiarse en el lenguaje, provocando los reingresos de la misma, pero también es verdad que pudo recibir la atención del psiquiatra noble por su discurso:

*...sí creo que esa parte me ayudó mucho porque me sacudieron ¿no? Porque me dijeron «no, ¿qué medicamentos?... ¡Tú puedes salir sin medicamentos!, ¡tú puedes salir sin cosas!», y... pues sí, esa etapa la verdad creo que fue el proceso de recuperación, empecé a analizar mi vida... (Ramona, 2021).*

*...cuando yo volví de ese retiro, yo empecé, pues ya sabes, que tienes que retirar el medicamento despacito para que no te vaya a caer mal, este... y yo solita, como las citas en el IMSS son cada seis meses, entonces esos seis meses yo empecé a retirarme los medicamentos poco a poco, porque tomaba un cóctel de medicamentos. Y ya en mis consultas el doctor me decía: «te veo mejor, ¿cómo te has sentido?», «no, pues bien», y empezó a retirarme el medicamento, pero pues yo ya me lo había retirado paulatinamente tiempo atrás... (Ramona, 2021).*

Es cierto que el uso de medicamentos para calmar los síntomas de los pacientes, combinados con un tratamiento psicosocial, pueden ayudar de manera eficaz la enfermedad mental del paciente, sin embargo, también es cierto que, no en todas las instituciones se inclinan por ambas partes, sino que solo se basan en los

medicamentos como único sostén para liberarse de los sujetos internados, de esta forma el medicamento ayuda más al hospital psiquiátrico; ayuda más al médico que al enfermo.

- **Rehabilitación**

Hablar de rehabilitación, a grandes rasgos puede connotar a las series de métodos y técnicas que se utilizan para que un sujeto pueda recuperar sus actividades que, por cuestiones de algún suceso, se hayan desvanecido. Entonces, a las instituciones psiquiátricas también se les puede conocer como centros de rehabilitación, pues se trata de uno de los objetivos principales de este tipo de instituciones, sin embargo, es cuestionable qué es lo que se define como rehabilitación entre los psiquiátricos.

El tratamiento al que son sometidos los pacientes se basa en todo lo que implica la institucionalización; el encierro por un tiempo indefinido, siendo que en la mayoría de los casos su ingreso a la institución es obligatorio, las rutinas y vigilancia, el sometimiento desmedido y el uso de medicamentos. Como resultado de dicho tratamiento, se pudo observar en los discursos de los entrevistados que, aparentemente, no se obtiene una rehabilitación como tal, sino que simplemente los mantienen sedados. Una posible razón para lo anterior es que, las instituciones hacen uso de la disciplina, como lo menciona Foucault (1975), pues ésta "fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos dóciles" (p. 126), donde los pacientes son una presa fácil de una manipulación y se reflejó así en los siguientes discursos:

*...como dicen, los mantienen sedados dependiendo también de cómo esté el paciente... (Úrsula, 2021).*

*...yo digo que no los cuidan como debe ser porque... los quieren ver tontos, los quieren ver drogados para... pues no sé cuál es su fin de ellas o de ellos, este, tenerlos así... (Blanca, 2021).*

Si bien es cierto que sedan a los pacientes para una mejor manipulación, para que así ellos bajen la guardia y acaten las reglas, también es cierto que es un método para que no sean agresivos con el personal, la diferencia entre una y otra es el uso desmedido de este método. De esta manera, la institución ejecuta, lo que cree, el mejor tratamiento para el paciente, en este caso, también ejerce una

serie de actividades que podrían ayudar al paciente a seguir desarrollando parte de su humanidad, pues “la esencia de la enfermedad no reside sólo en el vacío que provoca, sino también en la plenitud positiva de las actividades de reemplazo que vienen a llenarlo” (Foucault, 1984, p. 30), pero esta técnica solo fue posible en el caso de Úrsula (2021):

*...los ponen a leer, este, mi cuñada decía...bueno, que jugar dominó, que el ajedrez, que lo que el paciente le parecía; que si el paciente le gusta cantar, bueno, «póngase a cantar», no, que si le gusta baile, «pues póngase a bailar», pero algo tenían que hacer...*

Por el contrario a lo anterior, puede haber también casos en que la susodicha rehabilitación no brinda efecto al paciente, trayendo consigo como consecuencia el regreso del sujeto a la institución. Al proceso de reingresos constantes a los hospitales psiquiátricos, Kaffman (2006) lo denomina como “un esquema de ida y vuelta entre el hospital y la comunidad, el así llamado síndrome de la puerta giratoria, se desarrolla en muchos pacientes psiquiátricos...” (p. 215); entonces se tiene que, tanto la rehabilitación como el proceso de reintegración del sujeto no son tan eficaces como podrían, tal vez, prometer algunos hospitales psiquiátricos, tal fue el caso de Blanca y Ramona:

*...Pues fueron dos: una, estuvo mi marido dos veces y, una, mi cuñada (Blanca, 2021).*

*...estuve hospitalizada... uhm... por un lapso de tres años intermitente, entraba, salía, entraba, salía, entraba, salía... fue como por tres años y fue por... depresión que se convirtió en principios de esquizofrenia... (Ramona, 2021).*

Aunado a esto, se pudo observar que, Ramona, quien tuvo más reingresos, fue la única que tenía una relación distinta con la institución, antes ya se había mencionado que podría ser que ella comenzaba a sentirse identificada con la institución o, mejor dicho, alienada a ésta, pero no solo ella lo dijo, Dante (2021) también nos lo dejó conocer así:

*...la última vez sí, entré casi por voluntad propia...*

Hay una gran distinción entre el encierro obligatorio y el voluntario, Szasz (2004) marca esa diferencia diciendo que, la primera hospitalización significa la expulsión

de la sociedad mientras que la voluntaria sería un escape de la sociedad, por esta razón se comprendió que, ambos, por estar alienados a la institución, sentían la necesidad de regresar ahí, ya que era la única que los “acogió” en su momento y la única que sabía cómo controlar sus síntomas, aunque lo último es cierto, también no puede verse de manera negativa, pues, de cierta forma, es la función principal del lugar. Pero Kaffman (2006) explica que, esto sucede debido a que los sujetos han pasado mucho tiempo dentro de las instituciones psiquiátricas, tanto que se acostumbran a sus métodos y técnicas, puesto que el mismo hospital psiquiátrico se encarga de recordarle al paciente todos aquellos aspectos “anormales” por los cuales están ahí, aunado al hecho de que al salir de los hospitales se encuentran con la misma dinámica que les provocaron o intensificaron sus signos y síntomas.

Lejos de proporcionar el mejor tratamiento para la mayor parte de los enfermos mentales, el hospital psiquiátrico con frecuencia actúa para perpetuar la falta de adecuación social del paciente [...] El hospital vincula el pronóstico del paciente con el diagnóstico psiquiátrico -que puede resultar correcto o incorrecto- y no con la calidad del tratamiento, que es un factor esencial para determinar los resultados obtenidos (Kaffman, 2006, pp. 258-259).

Así pues, al escuchar sobre cómo han sido los “tratamientos” en los demás sujetos entrevistados, encontramos que, hay deficiencias importantes en el proceso psiquiátrico, por ejemplo, Dante (2021) compartió lo siguiente:

*...El tratamiento que yo tengo pues... es de mucho dormir..., puedo trabajar, pero me llevo el trabajo a la casa; nada más estoy maquinando, maquinando, maquinando, maquinando, y por eso me presiono y a veces no puedo dormir y por eso acabo yendo al hospital...*

El tratamiento de Dante puede ser deficiente a simple vista, aunque Foucault (1984) los justifica sosteniendo que, “[...] Puesto que la enfermedad es en sí misma defensa, el proceso terapéutico debe estar en la línea de los mecanismos patológicos [...], el sueño prolongado permite recuperaciones funcionales que hacen desaparecer las inhibiciones de defensa” (p. 121), pero cabe cuestionarse si en verdad ese método era competente, pues, los médicos-psiquiatras, al darse cuenta de que eso no funcionaba y el paciente volvía al círculo, la mejor opción era cambiar de método, ya que Dante antes ya había dicho que reingresó a la institución más de una vez. Y ese no fue el único caso, pues también sucedió con

Ramona, la diferencia entre ambos pacientes era que, mientras uno recibía tratamiento del dormir, una recibía, como todos los pacientes, medicamentos, terapia psicológica y atención psiquiátrica:

*...los medicamentos son muy puntuales para dártelos, uhm... tienes terapia psicológica... ocupacional, o sea, tienes atención psiquiátrica... (Ramona, 2021).*

Por esta razón se cree que la institución solo tiene el objetivo de disciplinar a los sujetos que son internados en ellas, esto daría una razón por la cual son encerrados, pues "la disciplina exige a veces la clausura, la especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo" (Foucault, 1975, p.130) para que el internamiento en un psiquiátrico ayude a ejercer mayor control sobre las personas que están pasando por una crisis emocional o mental. Esto también queda reflejado en lo que explicó Victoria al cuestionarle cuál creía que era la finalidad de este tipo de instituciones:

*...Eh, creo que la finalidad, o como yo lo vi, es nada más de contención [...] y que se lleve el tratamiento al menos los primeros días para que se pueda como estabilizar un poco, hasta ahí, pero otra cosa que yo creo no, no, o sea no [...] calman la emoción, calman la psicosis, calman el estrés, por medio de tratamiento farmacológico y vigilancia, es todo, ajá... (Victoria, 2021).*

Al contrario de los demás discursos, el caso de Ramona fue un poco distinto y, aunque la rehabilitación que ella recibió fue diferente al de los demás, ella era quién volvía a recaer más veces que los demás:

*...la institución hace... su trabajo, que es tratar de bajarte un poquito los... la euforia o la depresión a base de medicamentos, de terapias... (Ramona, 2021).*

*...al menos el funcionamiento de ese hospital es... pues rehabilitarte emocionalmente, rehabilitarte en cuanto a salud para que puedas integrarte al mundo, [...] la rehabilitación es tratar de dejarte lo mejor posible para que puedas reintegrarte al mundo y puedas enfrentarlo, pues, como debe de ser ¿no?... (Ramona, 2021).*

Con esto no quisimos afirmar nada, por el momento solo se quiere dar a conocer que, no todas las instituciones psiquiátricas trabajan igual, todas operan diferente, así como también su manera de tratar a sus pacientes, pero se vuelve a caer en

la conclusión de que la institución solo se centra en el objetivo de hacer cuerpos dóciles y obedientes, pues el discurso de Ramona difiere de lo que realmente le sucedió, como el hecho de que, pese a la supuesta rehabilitación que recibía, ella seguía recayendo.

La cuestión de solo etiquetar a los pacientes con diagnósticos psiquiátricos es algo que, desde ese momento, marca un antes y después de cómo es mirado y tratado, incluso por sí mismo, lo que hace aún más complicado buscar alternativas pertinentes antes de pensar en el internamiento. La raíz de este problema social comienza con que “[...] El médico no está del lado de la salud que detenta todo el saber de la enfermedad; y el enfermo no está del lado de la enfermedad, que ignora todo sobre sí misma, hasta su propia existencia” (Foucault, 1984, p. 66), entonces, el hospital psiquiátrico, lejos de ser visto como un verdadero centro de rehabilitación para un paciente, se convierte en una forma de castigo debido a que, como se mencionaba anteriormente, la base del tratamiento psiquiátrico es la disciplina, y la visión que el paciente tendrá del entorno en esta institución, puede que sea desde una perspectiva negativa, pues incluso se verá al psiquiatra encargado del tratamiento como un "consejero en castigo; a él le toca decir si el sujeto es 'peligroso', de qué manera protegerse de él, cómo intervenir para modificarlo, y si es preferible tratar de reprimir o de curar" (Foucault, 1975, p. 23). Lo antes mencionado se pudo observar en el discurso de Victoria dos veces:

*...los médicos te tratan de una manera muy impersonal, muy fría, tienen sus diagnósticos estandarizados, es así como: «¿ah sí?, dale estos chochos y ya con eso», o sea, no se toman como la parte psicológica en serio, sino a lo que se dedica un psiquiátrica: «veo tu, tu sintomatología y más o menos creo qué es» [...] no te dan terapia, es consulta [...] había cosas que a lo mejor son más del corazón, del alma, y ellos no lo ven, son muy sistemáticos, ciertas características, dale este medicamento... (Victoria, 2021).*

*...esa parte cálida no la recibí de las personas que debí, debería haberla recibido del médico-enfermera, y esa empatía la recibí de una chica de intendencia... (Victoria, 2021).*

Esto puede suceder debido a que Victoria no recibió ninguna psicoterapia y, por lo tanto, tampoco contaba con algún psicoterapeuta, aunque la diferencia entre ambos es casi nula, pues, así como el médico de Victoria, el psicoterapeuta también “desprecia, censura y juzga a su paciente [...] estigmatizándolo socialmente por medio de destructivos diagnósticos psiquiátricos e imponiéndole hospitalización y tratamiento involuntarios” (Szasz, 2004, p. 16). Pese a la promulgación de la Ley General de la Salud con respecto a la salud mental, desde 1984, en algunas instituciones siguen el modelo biomédico, es decir, se rigen desde un cuadro donde se estandariza lo que es normal y anormal y se mira la salud mental del sujeto según caiga en un grupo, cuando en realidad se les debería atender a los pacientes con un enfoque comunitario; con la desinstitucionalización, la intervención de tratamientos con intervención biológica, psicológica y sociales. Basaglia (1972) planteó que, justo en el momento en que la salud es tomada como un valor total de la normalidad, la enfermedad pasó a ser solo un obstáculo que debía ser tratada desde la ideología médica, cuando en realidad, esto traería consecuencias para el enfermo: su alienación con la institución psiquiátrica.

Como se logró observar, la experiencia y las huellas que dejó la institución en cada sujeto entrevistado, dependieron del tratamiento y la forma en que fueron tratados, así como la construcción que tengan sobre las instituciones psiquiátricas, lo que es lo “normal” y la salud mental.

## EL ROL DE LA FAMILIA

*...los familiares los olvidan ahí, es por eso que, en vez de levantarse,  
se van para abajo...  
Blanca, 2021.*

El papel de la familia es fundamental en las vivencias de un sujeto, y esto lo vemos desde el momento en el que es visualizado el primer síntoma o signo de una enfermedad mental; el no saber qué hacer cuando esto sucede, la búsqueda de ayuda profesional como un psicólogo o psiquiatra puede ser complicado por cuestiones económicas, ideológicas, de acceso a servicios de salud e incluso por la zona donde se viva. Por lo regular al enfrentarse a esta situación, no se sabe cómo actuar y en el momento que se presenta un episodio que no se puede controlar por los familiares, es cuando se piensa en internarlos. Kaffman (2006)

menciona que debería evitarse la primera entrada a la institución psiquiátrica dado que este primer internamiento dejará huellas en la experiencia del enfermo mental, aunque no fue el caso de los entrevistados, por lo que no es de sorprender haber encontrado en sus discursos que es la familia quien los lleva a internarse en primera instancia:

*...yo lo acompañé ese día... (Úrsula, 2021).*

*—Entrevistadora: ¿Su familia fue quien le ayudó a ingresar?*

*—Dante: (Asintió). Sí, la última vez sí, entré casi por voluntad...*

*...yo lo acompañé a internarse... (Blanca, 2021).*

Por esta razón, Kaffman (2006) menciona que, la familia que tiene un paciente con problemas mentales crónicos recurre a la internación de éste, ya que necesita un respiro. Pensar en recurrir a recibir atención médica, psicológica o psiquiátrica no siempre es la primera opción como lo es pensar en llevarlos a un hospital psiquiátrico donde se cree que se harán cargo de atenderlo “hasta que el paciente alcanza un nivel de conducta que satisface las normas del hospital” (p.260), pues viven una carga intolerable debido a la tensión permanente que se da en la dinámica familiar; la atención que requieren los sujetos con algún trastorno puede llegar a ser extenuante por lo que es común que los familiares se sientan impotentes, frustrados, con miedo, enojo y culpa, y así lo expresó Blanca, esposa de un ex paciente:

*—Entrevistadora: Okey. ¿Cómo enfrentó la familia esta situación?*

*—Blanca: (Dio un gran suspiro) ...Pues para la familia es muy desgastante.*

Debido a que, son los familiares los cuidadores principales de las personas con trastornos mentales, después de la institución, se justifica el agotamiento, pues, según la OMS (2004), “La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, es dable afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar” (p. 4). Por tal razón, en algunos casos, los familiares son quienes cambian su manera de vivir, aún con las repercusiones que ello implica, como reconstruir su vida diaria “porque su vida debe continuar, aun al precio de dejar a un miembro afuera” (Elizur & Minuchin, 2006, p. 133), esto puede deberse a que, los familiares son conscientes de la



triste realidad: de que el mundo no gira alrededor de sus pacientes. Este acontecimiento se distinguió en los siguientes discursos:

*...mi hija incluso se casó chica, ella dijo que ya no quería vivir con una persona así, ahorita no sé si sea eso lo que la dañó o no sé... (Blanca, 2021).*

*...en aquel entonces acababa de terminar una relación de un año con un fulano que era más chico que yo, me clavé mucho y entonces pues no lo podía superar, perdí a mis hijos por estar con esa persona... (Victoria, 2021).*

*...yo tenía dos hijos pequeñitos, los había dejado con su papá todos esos tres años... (Ramona, 2021).*

De acuerdo con Donzelot (1979), si la familia permite la exclusión de un integrante es porque la molestia de las familias “son los niños adulterinos, los menores insumisos, las jóvenes de mala fama, todo lo que puede perjudicar el honor familiar, su reputación, su rango” (p. 28) y por ese motivo se piensa en entregárselos, en este caso, a la institución psiquiátrica para “desembarazarse” de ellos, pues creen este tipo de instituciones solo sirven para la corrección de los indeseables. La OMS (2004) expresa lo mismo en cuanto a que “la infelicidad de ver a un miembro afectado, la familia está asimismo expuesta al estigma y a la discriminación”, si la familia es frágil cabe la posibilidad de que ésta misma se haya alienado demasiado a otras instituciones o masas en donde, como lo dice Lechner (1998), se podrá distinguir el miedo a la exclusión tanto social como económica, y a pesar de lo que ello implica, como lo es la forma de control y la segregación, se prefiere cerrar los ojos y seguir gozando de la “ventajas” que las masas e instituciones les brindan a quedar excluidos totalmente. Como consecuencia de esta fragilidad familiar, deviene el internamiento de los sujetos con trastornos mentales porque, de este modo, es como las familias se pueden restablecer en el mundo “normal”. Este suceso se apreció en los discursos de Blanca (2021):

*...me platicó de un chico que su... su papá era abogado y lo obligó a estudiar la carrera, entonces al chico no le gustó, no le gustaba la carrera y cayó en depresión porque el papá lo obligaba a que estudiara la carrera, y ahí lo dejaron...*

*...los familiares los olvidan ahí, es por eso que, en vez de levantarse, se van para abajo...*

Por lo anterior, se afirma lo dicho por Donzelot (1979); es visible que la familia del chico haya sido una de tantas familias que, encontraron en la institución psiquiátrica una salida, una oportunidad de deshacerse del integrante que no pertenece al orden social. Aunque la culpa recaiga sobre el enfermo, esto no es del todo cierto, pues, si algo se ha mencionado a lo largo de este trabajo es que la familia también cuenta como una institución de educación, y en el mismo discurso se mira que, los padres del joven son, en cierta parte, responsables de la detonación de la enfermedad del hijo, puesto que, con base en el autor, es posible que la familia se haya dejado manipular, corrompiéndose en el mundo de la “familia ideal” y lo que ello implica.

Por el polo contrario a esta situación, existen familias que se muestran comprensivas, con disposición a cuidar de los pacientes, pero no siempre es suficiente, “a menos que la familia logre encontrar algún tipo de apoyo extraprofesional que le permita enfrentar la situación” (Kaffman; 2006, p. 260), es que se lograrán cubrir gran parte de las necesidades de los pacientes y las familias; el poder tener una intervención integral para tratar y dar seguimiento es lo que se consideraría lo más pertinente. Del mismo modo, Donzelot (1979) lo plantea con la intromisión de los médicos, como aliados de las familias, porque solo esta unión “tendrá como función reproducir la distancia, de origen hospitalario, entre el hombre del saber y el nivel de ejecución de los preceptos atribuidos” (p. 21), es decir, se recurre a la familia, ya que es otra de las instituciones que tienen por eje principal, así como también la institución total, la disciplina y el cuidado de sus integrantes. En relación con este aspecto, los siguientes discursos nos permitieron conocer cómo las familias tratan de manejar la situación:

*...ahorita mi hermano no le exige, o sea de que le diga: «joye, necesito que esto, que necesito que me hagas esto!», o sea no, porque él ya sabe [...] ...él no le puede poner una mano encima porque como dice: «yo le llevo con una mano encima y no me la acabo, me llega la demanda directo», y hasta el mismo hospital hace el trámite porque, pues lo primero que te dicen es que no puedes agredir a una persona que está enferma... (Úrsula, 2021).*

*...como familiar habla con nosotros (la institución), cómo tratarlos, este... pues sí ¿no?, que uno trate de que no se alteren, no hacerlos enojar... (Blanca, 2021).*

Con el regreso del paciente a su casa hay cambios en las familias, tal vez no en todas, pero sí ocurre con Blanca, donde ella funcionó como agente de vigilancia de su enfermo, del mismo modo, Foucault (1976) menciona que, “se trata de establecer las presencias y las ausencias, de saber dónde y cómo encontrar a los individuos, instaurar comunicaciones útiles, [...] poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades o los méritos” (p. 131), por ello la utilización de la plática como herramienta para comunicación entre ambos porque solo así el familiar puede darse cuenta de qué tan bien o mal está su paciente:

*...entendiéndolo, ¿no?, ya cuando salió de eso empezamos a platicar, qué sentía y todo... (Blanca, 2021).*

Aunado a lo anterior y por el contrario de Donzelot, Goffman (1961) manifiesta que, las instituciones totales son incompatibles con la familia, pues "la vida familiar suele contraponerse a la vida solitaria [...] el hecho de que sus familias se mantengan fuera de la institución suele permitir que los miembros del personal permanezcan integrados en la comunidad exterior" (pp. 24 y 25) y eso es lo que menos quiere la institución, aun así, como lo menciona la OMS (2004), la familia se convierte en el principal apoyo emocional de los pacientes internados en un psiquiátrico y posiblemente sea su único vínculo externo a la institución, además, la familia puede representar un alivio para su sufrimiento psíquico al salir de dicha institución total porque la familia es la institución principal con la que se relaciona el paciente desde su nacimiento:

*...aquí en mi casa, pues estaba con mi mamá y mis hermanos y pues sentí ese calor... (Victoria, 2021).*

*...creo que siempre he tenido mucho apoyo de mis amigos, mis compañeros, de mi familia... (Ramona, 2021).*

Si bien es importante la familia para el paciente, el hecho de recibir atención de ésta cambia para bien o para mal la vida del paciente, cosa que puede variar, pues es, hasta este punto, importante mencionar que la definición de familia se va esfumando y remodelando a causa del entorno social, porque cada momento que pasa ésta se va “modernizando”, de forma que se van dando cambios en lo que es bueno o no y aparece la parte de lo que es ser una familia “perfecta” y, si bien

los integrantes se encuentran bajo el poder de otras instituciones, es claro que se seguirá este modelo, ello no implica que sea correcto. Es por esa razón que la familia sufre cambios que repercuten en los integrantes. Todo cambia en torno a la familia, más no la palabra.

Como se pudo ver, la función de la familia es fundamental para los pacientes, el cómo actúan los familiares respecto a las crisis y complicaciones que se presentan definirá el proceso que lleven los pacientes; ya sea que los internen y deleguen todo el cuidado a la institución, pretendiendo que el encierro los moldee y los “cure”; que los mantengan en dichas instituciones con el fin de ocultarlos; o, por el contrario, sean capaces de buscar ayuda profesional y tomar parte del tratamiento y acciones necesarias para que la calidad de vida del paciente como el de la familia sea lo mejor posible.

#### LO NORMAL VS LO ANORMAL

*...es una persona, no es un animal para que lo botemos... como alguien que no vale nada...*  
Blanca, 2021.

Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, el tema de lo normal y lo anormal ha causado gran revuelo, porque nadie tiene la respuesta de cómo se pueden diferenciar uno del otro y, aunque es una respuesta compleja, puede responderse poco a poco. Con respecto a este problema, Canguilhem (1968) comienza por mencionar que, lo normal es el significante de cada sujeto, pero lo que se tiene en común es que se empieza por el lenguaje; cada sujeto lo clasifica basado en las normas que las instituciones han inscrito sobre los mismos. Según el autor, lo normal es algo que va “conforme a lo que es regular y a la norma, pues ésta última designa la escuadra, aquello que no se inclina ni hacia la derecha ni hacia la izquierda; [...] lo que se mantiene en un justo medio [...], es normal aquello que es tal como debe ser” (Canguilhem, 1986, p. 91), lo normal y anormal es algo que ya está estandarizado y, en el caso de la institución psiquiátrica, categorizan al sano y al enfermo mental según sus cuadros patológicos. Así lo dejó ver Victoria (2021):

*...te sientes como en laboratorio, como ratón de laboratorio [...] yo al menos me sentía así como muy observada, muy juzgada, todos haciéndote preguntas, todos*

*mirándose y observándose [...] tienen como sus diagnósticos estandarizados, es así como «¿ah sí?, dale estos chochos y ya con eso», o sea, no se toman como la, la parte psicológica en serio [...] trataba de ponerme lo más cuerda, entonces, era absurdo porque ¡ah!, no sé, en mi caso era absurdo porque yo decía, «¿por qué tengo que hacerlo si estoy con los psiquiatras?»...*

Pese a lo anterior, está claro que Victoria, sufriendo psíquicamente, tuvo que reprimir sus síntomas para evitar ser evaluada, ¿cómo llegamos hasta ese punto, donde los pacientes son quienes tienen que ser sus propios médicos psiquiatras para controlar su enfermedad mental? Esto puede explicarse porque hay resistencia en su persona, se resiste a que, como argumenta Enriquez (1989), la institución imprima su sello en su cuerpo y en su psique. Sin embargo, la institución en la que ella fue hospitalizada deja entrever que, aunque no recibió la atención que debía, sí que fue institucionalizada, puesto que, reproducía, por inercia, la parte biomédica de la institución, la parte estandarizada a la que repela:

*...yo no me quise casar con ningún diagnóstico, eh, ese trastorno del límite de la personalidad, uhm, no me caso con él porque hay ciertas características que yo no tengo... (Victoria, 2021).*

Aunado a lo anterior, cabe mencionar que la única responsable de que existan los cuadros patológicos es la sociedad misma, esto porque Canguilhem (1986) enfatizó que, lo normal es el significante de cada sujeto; cada sujeto clasifica, basándose en las normas y reglas que las instituciones han inscrito en ellos. Por esta razón es que, normal y anormal pueden diferir según la sociedad en la que se viva, y con esto concuerda Szasz (1994), pues dice que, lo normal consiste en estar de acuerdo con el psiquiatra y con la sociedad, en esta última yace y se postula lo que está bien y lo que está mal, lo que es normal y anormal, de forma que todo es una construcción social. Este tema debería ser aclarado, debido a que estas razones son los verdugos de sujetos con alguna enfermedad mental, pues al salirse de los límites de la normalidad impuesta, ya se le cataloga al sujeto como *loco*. A causa de este suceso, el problema de lo normal y anormal se diversifica, pues cada sujeto entiende a su manera ambos conceptos, dejando fuera lo que implica, y así lo hicieron notar los entrevistados:

*...mi hermano dijo: «no, o sea, ya no es normal...» (Úrsula, 2021).*

*...pues ahorita la doctora que lo atendió o el médico, no sé la verdad quién lo atendió... pues sí le dio a entender a sus papás que... pues haga su vida normal... (Úrsula, 2021).*

*...Si tú, por ejemplo [...] si tú haces un gesto de agresión, si tú lo ves afuera en la calle dices ese está loco, ¿no? Ay, loco, agresivo... (Victoria, 2021).*

*...yo... al tener contacto con el exterior y con mi presente, no me gustaba la vida que estaba viviendo, entonces... pues yo no me adaptaba... (Ramona, 2021).*

A raíz de la enfermedad mental, es de esperarse que, en la sociedad se disparen todo tipo de juicios cargados de estigma, pese a lo anterior, se habla interminablemente de rehabilitar, de que sean sujetos funcionales, pero en realidad el estigma pesa más y no se les permite ingresar al campo laboral o escolar, pues al conocer que tienen algún diagnóstico, se les cierran las puertas. Elizur & Minuchin (2006) explican que, la mayoría de los pacientes no tienen garantizada la privacidad de su historia clínica, de tal manera que, varias organizaciones pueden acceder a esta información, por lo que, “una vez que quedan registrados los pacientes que concurren para un tratamiento, nunca pierden su posición de pacientes mentales” (p.126), lo cual es una forma de mantener la etiqueta y, por lo tanto, el estigma sobre los sujetos con trastornos mentales, donde no importan las capacidades o experiencia en el ámbito laboral. Así lo expresaron los informantes:

*...ya con un antecedente psiquiátrico él ya no va a poder ingresar ni al ejército, él ya no va a poder trabajar y ni va a poder entrar a la... él quería regresar al ejército, pero ahorita está la... Guardia Nacional, quería entrar ahí, pero pues ya con esto pues ya no, o sea, ya su vida pues va a tener que cambiar... (Úrsula, 2021).*

*...Muchos quedan bien, pero muchos no podemos trabajar... (Dante, 2021).*

La misma sociedad es quien obstaculiza a los internos la reinserción por las ideas erróneas que se siguen transmitiendo; de acuerdo con el contexto social e histórico, las creencias, ideologías, percepciones y representaciones de cada grupo social son lo que hace que se espere o se pretenda tener una vida “normal”, sin visibilizar que hay realidades diferentes. El discurso de Úrsula llamó la atención que, por un lado, parecía que la forma en que se expresaba del tema

de la enfermedad mental era mucho más abierta que la mayoría de las personas, pues mencionó:

*...yo siempre he dicho pues, es algo que es naturalmente, que a veces nos llega a suceder, ¿no?, o sea, que son reacciones de nuestro cuerpo, ¿no?, y más cuando es mental, psicológico... (Úrsula, 2021).*

Pero también tiene expresiones donde cataloga lo anormal, esto, como se mencionó con anterioridad, desde aquellas ideas, significaciones y representaciones que constituyen su subjetividad, así como expresiones estigmatizantes:

*...empezaba a decir cosas, que veía, que escuchaba, entonces yo dije: «no, pues ya no es normal», y hasta mi hermano lo dijo... (Úrsula, 2021).*

*...cuando sale, entre comillas, ya bien, o sea, ya a lo mejor sedada o así como toda zombi... (Úrsula, 2021).*

Podría pensarse que el estigma hacia los pacientes psiquiátricos va desde los que se consideran “normales y sanos” hacia los “anormales” sin embargo, los mismos pacientes son quienes también ponen un calificativo a la enfermedad mental, y este hecho puede deberse a que, tanto la institución psiquiátrica como la sociedad, se encargan de hacerles saber lo diferente que hay en ellos a comparación de la “normalidad”. Por este hecho, Goffman (1970) alude al “término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba” (p. 11), debido a esto, es como los familiares y los mismos pacientes interiorizan los saberes de la sociedad, poniéndose etiquetas para diferenciar a los enfermos mentales de los “normales”:

*...por lo regular, los inyectan cuando llegan a urgencias, los inyectan y queda uno como “robotcito”... (Dante, 2021).*

*...es deprimente ver ahí a las personas cuando te toca la visita, ver a personas que están así como “tontitas”, como idas [...] dónde volteas, todos están así como idos, no están así como nosotros en nuestros cinco sentidos, caminando como momias o equis cosa, este, caminando sin parar, de un lado a otro... (Blanca, 2021).*

*...veía a otras personas [...] lo voy a decir muy coloquial, más locas que yo, más enfermas que yo, entonces, me dio mucho miedo, eh, no podía creer que yo estuviera ahí... (Victoria, 2021).*

*...en un psiquiátrico este... pues manejas mucho tipo de enfermedades, entonces conoces muchas personas pues feas, la verdad es que las enfermedades psiquiátricas, pues sí son así, que dices: «¿qué onda?», ¿no?, «¿por qué actúa así? ¿o por qué es agresiva? ¿o por qué es de este tipo...? ¿por qué tienen toc o...?», no sé, eran muchas cosas... (Ramona, 2021).*

Estos acontecimientos solo hacen que se normalicen hechos que no deberían pasarse por alto, pero es así porque, al pertenecer o haber pertenecido a una institución psiquiátrica, así como también convivir con cierto tipo de masas, es como se fundamenta una identificación. Teniendo en cuenta a Canetti (1981), aquí entra la ambivalencia de ser o no una identificación forzosa, razón por la que el sujeto va y hace suyo las significaciones de los demás sin importar si eso le perjudica, puesto que, la manera de operar de las masas es influyendo sobre el sujeto para que éste participe y se sienta parte del círculo, que actúe de manera diferente a como lo haría de manera individual. El cometido de las masas se logra más fácil y rápido si el sujeto mantiene frágil su figura del Yo. Freud (1921) lo relaciona de esta manera: “el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo” (p. 67), de ahí para que exista una transferencia o contratransferencia, el que el otro le caiga bien o mal al sujeto, porque tiene que ver con los ideales y las fantasías que se depositan o se proyectan sobre el otro. Es de mera importancia señalar que, las masas tienen mucho que ver con los procesos de identificación de los sujetos, pues producen diversas significaciones para que el sujeto pueda alinearse a ellas, de este modo es como al otro se le va dando un poder ilimitado para que el mismo sujeto sea más limitado, trayendo como consecuencia la normalización del estigma, tal es el caso de Dante (2021):

*—Entrevistadora: ¿Ha tenido casos en los que la gente, por no saber sobre este tema, lo han criticado?*

*—Dante: ... (Afirmó como si fuera algo normal el hecho de que lo criticaran). Sí...*

Aunado a lo anterior, es posible que esta relación entre los que dicen ser “normales” y “estigmatizados” cause más estragos en la vida de los segundos,



pues, debido a lo vivido en la institución total, éstos pueden salir con su Yo frágil, razón para que se sientan inferiores a los “normales”. “La incertidumbre del estigmatizado surge no solo porque ignora en qué categoría será ubicado, sino también, si la ubicación lo favorece, porque sabe que en su fuero interno o los demás pueden definirlo en función de su estigma...” (Goffman, 1970, p. 25) y ello implica sentirse más inseguro de lo que ya es, pues se piensa que, el control del estigma recae en manos de los “normales”. Esto se encontró en Victoria:

*...siendo enfermera no quería que supieran que me dedicaba a eso, [...] entonces, eh, yo al estar ahí me sentía rara y juzgada, juzgada en mi experiencia porque eran compañeros, juzgada porque... Me veía mal a mí, uhmm... Me veía a mí mal, me veía triste, eh, sin valor, porque yo había caído ahí, y uhm, no sé, me sentía como humillada... (Victoria, 2021).*

Las palabras de la entrevistada confirmaron lo empleado por el autor, ya que “aparece en el estigmatizado la sensación de no saber qué es lo que los demás piensan «realmente» de él” (Goffman, 1970, p.25), pero también está en juego la forma en que piensa de ella misma, esto comprueba que las significaciones y representaciones sociales pesan en la percepción y concepción de la imagen que tiene de sí misma. Algo que hay que abordar es la posición de los profesionales de la salud con los que se encontró Victoria durante su internamiento, pues, de acuerdo con lo expresado por ella, fueron ellos quienes intensificaron el estigma, cuando la función de ésta no consta de eso, sino de apoyarlos:

*...se burlaban de mí, el doctor se burló de mí cuando yo le dije: «es que ya estoy bien», «ja ja ja, ¿qué vas a estar bien?, si eres adicta a las benzodiazepinas, por favor, mujer...» (Victoria, 2021).*

*...el personal de enfermería se fue tornando a cierto punto agresivo, porque pues yo era grosera, y entonces si eres grosera, entonces estás loca y entonces hay que tratarte mal, entonces cuando pides algo no te pelan, cuando les dices «oye» o les haces una pregunta, te ignoran, eh, cuando te enojas y les contestas mal y les dices «oye es que sí estoy loca pero...», te ignoran, entonces, o te avientan las charolas de comida, o te ven como loca y lo que hace es pues que tú te sientas, pues más distante... (Victoria, 2021).*

Esto hizo cuestionar qué tan ético es el trato que se les da dentro de las instituciones, pues después de escuchar y conocer las actitudes y procedimientos que se llevan a cabo por parte de médicos y enfermeros, nos dimos cuenta de que no se siguen muchos de los lineamientos básicos que establece la ley, ya que, dentro de las especificaciones que determina la NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, en el apartado sobre Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las personas usuarias, se especifica que:

Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, las personas usuarias tienen derecho a: Recibir un trato digno y humano por parte del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica independientemente de su diagnóstico, origen étnico, sexo, edad, ideología, condición de salud, social o económica, religión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra condición de persona, de acuerdo a lo señalado en las disposiciones jurídicas nacionales e internacionales aplicables en nuestro país. No ser objeto de discriminación por su condición mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

El hecho de padecer una enfermedad mental no es sinónimo de dejar que se violenten los derechos de los sujetos, puesto que no dejan de ser seres humanos, así como también tienen el derecho de que se les trate con el modelo comunitario, y aunque ya había quedado establecido por la Ley General de la Salud desde 1984, lo que se refleja en el discurso de Victoria principalmente, da a visualizar que no en todos los hospitales se ejerce tal modelo; contar con libreto donde se señalen los lineamientos para seguir el modelo comunitario no cuenta si no se siguen las bases. Hasta esta parte del análisis, damos cuenta de que la institución psiquiátrica, o por lo menos en la que estuvo internada Victoria, es la mera génesis de la estigmatización que ella misma reproduce.

## ANÁLISIS FINAL

*...todos los seres humanos traemos nuestro costalito lleno de piedritas, algunos traemos enfermedades emocionales, algunos otros son de salud mental...*

Ramona, 2021.

Debido a los discursos expuestos, nos dimos cuenta de que algunos de los efectos adversos o complicaciones a las que se enfrentaron los sujetos en las instituciones psiquiátricas, visualizaron las mortificaciones del Yo de los pacientes. Si se considera que, el encierro en una institución psiquiátrica suele ser la mejor opción para las personas que padecen de algún tipo de enfermedad mental, ésta puede ser un problema que debe ser elucidado porque, para empezar, el encierro es sinónimo de exclusión. Si la estadía es larga o corta, no cambia el hecho de que, una institución total puede perjudicar de diferentes maneras a los pacientes.

El encierro involuntario que se dio en todos los entrevistados reflejó con claridad el primer castigo hacia su persona; el hecho de que se haya ejercido por la idea de que los llevaron cuando estaban fuera de sí y no sabían cómo controlarlos, no cambia en nada, sigue siendo un castigo que se le impuso a los sujetos, pues, al igual que la sociedad, que las masas “normales”, tienen derechos, y al privarlos de su vida cotidiana no se les está respetando como personas.

Al pedir ayuda a la institución psiquiátrica, ésta no los rechazó, en todo caso porque la única función que tiene es esa, calmar los síntomas o los episodios de quienes llegan a sus puertas, sin embargo, y como toda institución, tienen reglas y normas que se deben seguir. Cuando los familiares aceptaron las pautas de dicha institución, se les dio el control absoluto de los pacientes, ignorando lo que ello implicaba, como el comienzo de una institucionalización, esto se vio en todos los entrevistados, aunque no fue el caso de Ramona, pues ella todo el tiempo se dedicaba a defender a capa y espada la institución en la que había sido internada. Dentro de las instituciones se encontraron diversas formas de despojar al Yo de los pacientes, lo primero que se encontró, en nuestros entrevistados fue la forma en cómo se organizaba dicha institución; el caso de Victoria y Blanca marcan una gran diferencia a comparación con lo que vivió Ramona, pues las dos primeras afirmaron que el abuso del poder yacía en tal lugar. Tanto los médicos como quienes integraban tales instituciones hacían ejercer su autoridad como querían y como podían, dejando de lado el trato que, por ley, deberían haber recibido.

El sistema autoritario jerárquico, dentro de las instituciones psiquiátricas es algo que sigue existiendo y, aunque Dante afirma haber recibido un buen rato, se ha enterado de que en otras no tratan bien a los pacientes. En el caso de Victoria se encontró que el personal, en ciertas ocasiones, abusa del poder que le ha delegado la institución sobre el paciente, ocasionando que los síntomas o malestares de la paciente aumentaran. Aunque también existe la parte en que el personal tiene que aguantar, se encontraron con un dilema, pues Úrsula contó que su cuñada, en alguna ocasión los agredió. Cabe mencionar que el uso de la fuerza medida para prevenir este tipo de acontecimientos está bien, pero lo que no es hacer uso de la fuerza de manera inapropiada. Al sobrepasar los límites de poder, el personal causó que ella se sintiera inferior, obligándose a sí misma a estar bien, estar cuerda para evitar ser un blanco para el personal.

Otro punto encontrado en todos los discursos de los entrevistados es el despojo de pertenencias, explicaron que la institución fue la encargada de que no pudieran conservar algo de valor, siendo esto un aspecto importante en la vida del paciente, pues Victoria y Úrsula agregaron que la institución les decía que era para que “no se fueran hacer daño”, cuando en realidad se trataba de un despojo del Yo, o por lo menos en Victoria, ya que Úrsula mencionó que, pese a la institucionalización, su paciente sería dado de alta, aunque no se sabe en qué estado salió. Ramona, que poco se quejó de la institución, justificó la acción de la institución con un “no te das cuenta porque andas en tu rollo”, se cree que esto es parte de una institucionalización, ya que, por ley, la institución no debe poner al paciente en su “rollo”, sino reinsertarlo a la sociedad, dándole la identificación que, por su enfermedad mental, se desgarró.

Al momento en que los pacientes forman parte de la institución y sus reglas, éstos se enfrentaron a las famosas rutinas y con ello la vigilancia. Ambas van de la mano ya que, no existe una sin la otra. La vigilancia fue constante en el caso de todos, una mortificación hacia su Yo debido a que se carece de la privacidad al momento en que ponen a los pacientes a compartir cuarto, y aunque podría no importarles a los internos, deben conformarse con eso, ya que es lo que les ofrece la institución, por ende, deben de obedecer. Es notable que la vigilancia fue hecha para que se ejerza una disciplina hacia los pacientes, pues fue gracias a ésta que ellos cumplieron con lo que se les imponía.

Esta forma de moldearlos fue significativa, puesto que, de tanto escuchar y reproducir las rutinas, los entrevistados lo aprendieron de memoria, y no cabe duda porque, pese a haber salido del hospital, aún sabían describir qué hacían, cómo lo hacían y de qué manera. Una vez confirmado la parte disciplinaria de los sujetos, se destaca que, sus cuerpos y su psique eran dóciles por la razón de que la institución los comenzó a desestabilizar para así crear cuerpos obedientes y manipulables, listos para responder como una máquina a las reglas y normas. Tanto Dante como Ramona, que fueron pacientes, sin darse cuenta interiorizaron e hicieron suyas aquellas reglas, normalizando la vigilancia constante, viéndolo como algo normal por su enfermedad mental, aunque, de manera indirecta, el hospital psiquiátrico estaba comenzando a desculturalizarlos en vez de hacerlos productivos, los individualizaba en vez de reforzar sus lazos sociales. Por el contrario de ellos, Blanca y Victoria dejaron entrever que se resistían a ser gobernados por otro, relegando las normas y reglas, siempre tratando de no entregarse por completo a la institución, razón para que, en los hospitales que fueron internados, se ejerciera el castigo y el sometimiento, aplicando técnicas, incluso antiguas.

Hasta este punto, fue que nos dimos cuenta de que Ramona comenzó a normalizar los castigos y sometimientos, los justificaba, ya que creía que era necesario para calmar a los pacientes. El que considerara necesarias esas medidas que tomaba la institución psiquiátrica, podría tratarse de un ejemplo en el que "un individuo desengañado del mundo, o enteramente ajeno a sus culpas, quizás encontrara en esa mortificación un alivio psíquico" (Goffman, 1961, p. 57), y es justo lo que sucede con ella, pues es la única que habla del sometimiento como si fuera fácil de lidiar, incluso riéndose de eso. Es posible que, en su caso, el tratamiento al cual fue sometida, lo haya aceptado como parte de su "rehabilitación", de igual manera, existe la posibilidad de que Ramona haya pasado por un proceso de readaptación; podría tratarse de una "conversión", o que está alienada a la institución, tanto que ha concebido una identificación con ella, razón para explicar del por qué reproduce normas de la institución.

Escuchar que la rehabilitación de los pacientes incluye medicamentos y, a pesar de ello, existen recaídas o reingresos de los pacientes al hospital, surgió la duda: ¿es acaso que la prescripción de medicamentos solo es para usarlos como paliativos? Atrevernos a tal cuestionamiento es pensando si solo se está

buscando disminuir o encubrir la intensidad de la enfermedad mental y no buscar una mejora en la calidad de vida de cada sujeto.

Se encontró que la administración de medicamentos es el tratamiento más usado sin contar realmente con otras terapias en las instituciones que fueron internados los pacientes, sin embargo, se debe dejar en claro que, si bien es innegable que estos son necesarios en ciertas dosis para poder estabilizar a los pacientes durante las crisis o exacerbaciones de los síntomas, también es cierto que se ve como el único factor para que se dé una “cura”. El solo administrar indiscriminadamente los fármacos trajo consecuencias a nivel físico, mental, emocional y orgánico, pues Blanca dijo haber tenido una situación terrible, donde su esposo fue víctima de un medicamento mal recetado. En otros fármacos se tuvieron efectos secundarios o reacciones adversas que dependieron de acuerdo con el cuerpo del sujeto, y sucedió con Ramona, al experimentar cambios en su cuerpo, ya que no son medicamentos totalmente inocuos. Se comprobó, con lo declarado por Úrsula que, el uso excesivo de medicamentos llegó a un punto donde ya no les hacían efecto a los pacientes, trayendo como consecuencia el reajuste constante de las dosis para que los pacientes creyeran sentirse “mejor”.

Se encontró que, en las instituciones dichas por los pacientes, a excepción del de Ramona, carecen de acompañamiento psicológico después y durante la estancia. Aunque estaban faltos de psicólogos, algunos pacientes, como Dante y los familiares de Blanca, contaron con la reunión con su psiquiatra, logrando una atención adecuada por parte de los profesionales, dentro de las instituciones y, en general, una atención integral para el paciente y sus familiares, o eso contaron ellos, pero no fue el caso de Victoria, quien visibilizó la falta de procedimientos y estrategias claras que le hayan servido antes, durante y después de su internamiento, por lo que tuvo que buscar sus propios métodos para calmar sus malestares.

Se piensa que, dentro de la institución psiquiátrica se rehabilitarán los pacientes, pero hay factores que influyen para que esto sea mucho más complejo que solo moldear y medicar a los sujetos, Dante dio a entender que el entorno social y familiar al que regresaba al salir de la institución, eran las mismas que intensificaban y ocasionaban las crisis, agudizando sus síntomas. Autores mencionados antes, han referido que esto es debido a que los sujetos, al estar dentro de la institución por largos periodos, aprenden a vivir bajo ciertas rutinas y

técnicas que se llevan a cabo dentro de los hospitales, y lo que le pasó a Dante fue haber interiorizado esa parte institucional, razón para volver a reingresar al hospital psiquiátrico. En lo anterior se pudo notar fue que, el encierro involuntario de los pacientes se debe a la exclusión de la sociedad, sin embargo, el que el paciente tome la decisión de internarse por voluntad propia significa que quiere huir de su entorno, buscando un amparo en la institución.

Un punto importante rescatado fue la forma de actuar y reaccionar de la familia, pues fue parte fundamental en el proceso que los pacientes, puesto que, desde el momento en que se visualizó el primer indicio de conflicto mental del integrante, hasta la reintegración de los mismos a su comunidad, al salir de un hospital psiquiátrico, se vio reflejada el apoyo de las familias hacia sus integrantes. Así pues, Blanca se mostró comprensiva, cuidando de a su familiar, aun cuando le resultó una tarea complicada. Sin embargo, no sucedió lo mismo en un caso contado por Blanca, el joven que no quería estudiar derecho, debido a ese suceso se comprobó que, también existen familias que consideran el internamiento de su miembro “disfuncional” como la mejor manera de deshacerse del estigma y los prejuicios sociales, así como también liberarse del sentirse culpables por el padecimiento del integrante; por ello, sí esperan que, dentro de la institución, sea moldeado para que cumpla con lo necesario para ser alguien productivo para la sociedad.

La falta de conocimiento sobre el tema de salud mental y que ha sido ignorado constantemente ha traído repercusiones como el estigma; el hecho de poner etiquetas y considerar, desde un juicio “normal”, lo que es normal y anormal, ya que no se visibilizan las diferentes realidades que viven cada uno de los sujetos, y esto depende, en gran medida, del contexto sociohistórico y cultural en el que se encuentran.

Las consecuencias que esta problemática ha llegado a generar es que, los mismos sujetos con algún sufrimiento psíquico normalicen los comentarios, reproduciéndolos, aún si eso les afecta a su persona. Con esto, la cuestión del estigma aún sigue presente, y más aún cuando se trata de trabajo, pues el mismo lugar de trabajo que se encarga de investigar cuál es el estado mental de la persona, y depende de ello si se le brinda o no una oportunidad al sujeto con sufrimiento psíquico. Por las respuestas de los entrevistados, se notó que sigue este problema persiste a grandes rasgos en toda la población.

## REFLEXIONES FINALES

*A veces no estoy tan seguro de quién tiene derecho a decir cuando un hombre está loco y cuándo no. A veces creo que ninguno de nosotros está completamente loco o absolutamente cuerdo hasta que nuestro balance lo demuestre. Es como si no importara lo que hace una persona, sino la manera en que la mayoría de la gente la mira cuando la hace.*

(Faulkner, citado en Elizur & Minuchin, 2006, pp.125-126).

El principal objetivo del presente trabajo fue conocer más a fondo las instituciones totales en México, enfocándonos en las instituciones psiquiátricas y sus pacientes. Se planeaba observar de primera mano el trato y la interacción médico-paciente en un psiquiátrico, pero esto no fue posible debido a la pandemia por el COVID-19, de manera que se tuvo que cambiar la forma de realizar el presente trabajo; se logró escuchar a las personas por medio de videollamadas, teniendo una escucha más activa, ya que, justo por este medio existen más complicaciones, ya sea por la luz, el internet, el tiempo de los entrevistados, etc., aunque no fue un impedimento en su debido momento, así pues, se pudo analizar los discursos de los sujetos que, de forma directa e indirecta, han tenido alguna relación con este tipo de instituciones.

Dentro de los objetivos específicos que fueron planteados desde un inicio para realizar la investigación, se determinó que, efectivamente, se logró conocer las experiencias de los pacientes, antiguos pacientes y familiares de pacientes de instituciones psiquiátricas. Agradecemos a las personas que nos compartieron su experiencia, pues fue a través de su discurso que se logró conocer su sentir al estar internados y cómo vivieron el proceso para llegar a lo que los psiquiátricos llaman rehabilitación. Los discursos de los entrevistados e informantes ayudaron a comprobar o cuestionar los conceptos que se tienen referentes al tema de las instituciones totales y la forma en la que operan, además, fue posible percibir todas las variantes que existen en la percepción de los pacientes en relación con el encierro y el tratamiento.

Se encontró en los discursos de los pacientes y sus familiares que, la mayoría que vivió el encierro en un psiquiátrico fue sinónimo de una mortificación al Yo; ellos coincidieron, en efecto, en que el trato hacia los pacientes no siempre es el ideal y que hablar de rehabilitación es difícil, en especial cuando es debido al



propio tratamiento, ya que hay una repercusión en el estado emocional y mental de aquellas personas que fueron internadas en dichas instituciones.

Se halló que, adicional al tratamiento, la familia puede ser un apoyo que el paciente puede necesitar durante su estancia, pues es el único contacto con el exterior que se tiene, este apoyo puede, tanto reforzar su estabilidad mental del paciente como perjudicarla, ya que, por lo visto con anterioridad, esta unión es fundamental para que el sufriente psíquico no decaiga, si se pierde este contacto, se pierde parte de la vida del sujeto que se encuentra internado; de cierta forma se pierde porque no hay una motivación que lo orille a levantarse, aunque son raros los casos en que no sucede eso.

En general, se obtuvieron respuestas similares respecto a la forma en la que fueron internados y el tratamiento que vivenciaron, comprobando así lo que implica una institución total. De esta forma se confirmó que el modelo biomédico prevalece en la mayoría de las instituciones psiquiátricas, a pesar de existir lineamientos comunitarios para que el trato y el tratamiento hacia los pacientes sea de calidad.

Fue difícil para los sujetos que estuvieron internados abordar este tema con las personas que los rodean, pero dentro de la entrevista les sirvió para desahogarse de todo lo que vivenciaron en su proceso de internamiento, pues aseguraron que, eran temas delicados que aún les dolía. Esto solo refuerza el hecho de que, como una vez lo dijo Enriquez (1989), la institución se esfuerza por estampar su sello en los sujetos; y ella ha dejado una huella distintiva en los internos, sea buena o mala, de todos modos, sí logró su función de marcarlos. Por esta razón y como consecuencia debido al tiempo que estuvieron internados, hubo casos donde los sujetos se alienaron a la institución, normalizando el modelo biomédico y el estigma.

La importancia de estas instituciones es vital para los enfermos mentales, puesto que es la única institución capaz de sobrellevar este tipo de problemas, sin embargo, el mal uso de sus técnicas pueden no fortalecer al Yo de los pacientes, pues si bien se halló que los medicamentos ayudan a controlar los malestares psíquicos, no curan realmente la enfermedad, y al no administrarse de manera adecuada terminan dañando más que ayudar a los pacientes, haciéndolos dependientes totalmente de éstos, ello explica que se consideren, en nuestro caso, como remedio y veneno porque calman los síntomas, luego de ello deviene

el malestar nuevamente, sintiendo la necesidad de tomar más medicamento. Cabe resaltar que no queremos satanizar al medicamento porque no es malo en sí, pero no ayuda al paciente si no hay un acompañamiento psicológico para el paciente y las familias. Por estar faltos de acompañamiento psicológico en algunas instituciones psiquiátricas, el sujeto suele enfrentarse a la misma dinámica fuera de la institución, cayendo en “la puerta giratoria”, es decir, en las recaídas o los reingresos a la institución psiquiátrica.

Por todo lo recorrido, nos dimos cuenta de que, a pesar de que se busca la rehabilitación de los sujetos, tengan o no un diagnóstico correcto, se les discrimina por el simple hecho de haber estado internados y pierden oportunidades para rehacer su vida y ser “funcionales” para la sociedad.

A pesar de que este problema involucra a la sociedad, se torna aislado, dejando a la institución psiquiátrica como la única solución para que los “locos” dejen de ser “locos”. Pero, cabe resaltar que, la forma en que esas personas con sufrimiento psíquico puedan reintegrarse a la sociedad es si la misma deja de estandarizar hasta qué punto una acción es normal o anormal. Para que esta forma de estigmatizar cese es necesario cambiar la forma de pensar de la sociedad mexicana y de lo que se considera “normal”, pero como claramente esto no puede suceder de un día para otro, queda la posibilidad de hacerlos reflexionar para que sean personas conscientes de que la enfermedad mental nos concierne a todos, aún si no se tiene algún familiar en casa o en alguna institución psiquiátrica, pues nuestras acciones definirán el siguiente paso del sufriente psíquico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barthes, R. (1986). *Lo obvio y lo obtuso: imágenes, gestos, voces*. Barcelona.
- Basaglia, F. (1972). “LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA COMO PROBLEMA ANTI-INSTITUCIONAL”, en *¡Psiquiatría o ideología de la locura?* Barcelona: Anagrama.
- Becerra-Partida, O. F. (2014). La salud mental en México, una perspectiva histórica, jurídica y bioética. *Persona y Bioética*, 18(2), 238-253.
- Benedetto, S. (octubre de 2004). La ciudadanía como forma de tolerancia. *Átopos*, (3), pp. 5-14. Recuperado de:  
<http://www.atopos.es/index.php/component/content/article?id=16>
- Benveniste, E. (1988). *Problemas de Lingüística General* (Vol. I). México: Siglo XXI.
- Bleger, J. (1972) “La entrevista psicológica” en *Temas de Psicología*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Canetti, E. (1981). *Masa y poder*. Barcelona: Muchnik Editores.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo Normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castoriadis, C. (2002). “Institución primera de la sociedad e instituciones segundas”, en *Figuras de lo pensable (Encrucijadas del laberinto VI)*. México: FCE, pp. 115-126.
- Chamizo, O. (S/a). *Adicciones desde una perspectiva particular*. Conferencia sobre toxicomanía. UAM-X, México.
- CNDH. (2019, septiembre). *Informe de seguimiento ISP-10/2018 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sobre los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal, Ciudad de México y estados de la República Mexicana*. Recuperado de:  
[https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-10/CS\\_2018-10.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-10/CS_2018-10.pdf)

- Derrida, J. (1975). La farmacia de Platón en *La diseminación*. Editorial Fundamentos: Madrid.
- De Salud, L. G., & UNICO, C. (2021). Ley General de Salud. *Tercero de Prestación de los Servicios de Salud. Capítulo VII, Artículo, 72*.
- Desviat, M. (1994). “La institucionalización de la locura” en *La reforma psiquiátrica*, Ediciones Dor: Madrid.
- Donzelot, J. (1979). *La policía de las familias*. Valencia: Pre-Textos.
- Duschatzky, S. & Corea, C. (2002). Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en *el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Elizur, J., & Minuchin, S. (2006). *La Locura y Las Instituciones. Familias, terapia y sociedad* (2ª ed.). España: Gedisa.
- Enriquez, E. (1989). El trabajo de muerte en las instituciones en Kaes, *La Institución y las Instituciones* (pp. 84-119). México: Paidós.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 1). México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1975). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1915). El sentido de los síntomas, Los caminos de formación del síntoma, “Conferencias de introducción al psicoanálisis”, 17ª y 23ª conferencias, en *Obras Completas* (Vol. XVI, pp. 235-249; 326-343). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo, en *Obras Completas* (Vol. XVIII, pp. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1961). *Internados*. Ensayos sobre la situación actual de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

- Hammersley M. & Atkinson P. (1983). *Etnografía. Métodos de Investigación*. México: Paidós.
- INEGI, I. (2020). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA POBLACIÓN (11 DE JULIO) DATOS NACIONALES, 1-2.
- Kaffman, M. (2006). Manejo comunitario de la enfermedad mental: una alternativa diferente de la internación. En *La locura y las instituciones. Familias, terapia y sociedad* (2a ed., pp. 214–261). España: Gedisa.
- Leader, D. (2013). ¿Qué es la locura? México: Sexto Piso.
- Lechner, N. (1998). Nuestros miedos. En *Perfiles Latinoamericanos*. (13), pp. 179-198.
- Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo*. (Introducción, pp. 15-16). Amorrortu: Buenos Aires.
- Mbembe, A. (1999). *Necropolítica*. Santra Cruz de Tenerife: Melusiana, pp. 17-79.
- Nancy, J. (2007). *A la escucha*. Buenos Aires: Amorrortu.
- OMS. (2004). La magnitud y la carga de los trastornos mentales en *Invertir en Salud Mental*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OPS & OMS. (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPS. [https://www.who.int/mental\\_health/management/psychotropic\\_book\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/management/psychotropic_book_spanish.pdf)
- Ríos, A. (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del Manicomio La Castañeda, 1910. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 6, 73–90. <http://www.scielo.org.co/pdf/antpo/n6/n6a05>
- Roudinesco, E. (2010). La irrupción de lo femenino. En E. Roudinesco *La familia en desorden* (pp. 37-48). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Salín-Pascual, R. (2009). El psiquiatra y su práctica en el cine mexicano en *Cineterapia: La psiquiatría y el psiquiatra a través de las películas*. México: Edamex / Alfa Futuro, pp. 223-229
- Sánchez, R. (2013). “La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados” en Tarrés, M. *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Colmex. págs. 97-131.
- Sandoval De Escurdia, J., & Richard, M. (2006). *La Salud Mental en México*. DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS SIID. DPS-ISS 03 05 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- SEDESA. (2021). Salud Mental. 26 de abril de 2021, de Portal Ciudadano del Gobierno del Distrito Federal. Sitio web: <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309#:~:text=Poblaci%C3%B3n%20Objetivo&text=Estudios%20realizados%20por%20la%20OMS,de%20discapacidad%20a%20nivel%20mundial.&text=La%20Secretaria%20de%20Salud%20Federal,adultos%20j%C3%B3venes%20en%20edad%20productiva>
- Szasz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Szasz, T. (2004). EL PROBLEMA DE LA PSICOTERAPIA en *EL MITO DE LA PSICOTERAPIA*, (pp. 15-43). México: Ediciones Coyoacán.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Vilar, Eugenia (2019). *La Entrevista Grupal. Instrumento para la investigación/intervención en psicología social*. UAM Xochimilco, México.
- Žižek, S. (2015). Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales. Barcelona: Paidós, pp. 55-92.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### DELIMITACIÓN TERRITORIAL Y TEMPORAL DEL PROBLEMA

La presente investigación comenzó en nuestro décimo trimestre, el 17 de septiembre de 2020, empezando con la elaboración del proyecto, donde se planeó hacer investigaciones documentales y recurrir con informantes para recopilar datos. Lo anterior para darle forma a la estructura del proyecto.

Se tenía pensado trabajar con pacientes de una institución psiquiátrica, aunque aún no se delimitan las edades, ya que, en la situación en la que nos seguimos encontrando (la pandemia del COVID-19), era difícil entrar a una institución y trabajar con pacientes de ciertas edades, por ello, estando en onceavo, se decidió que haríamos un acercarnos al tema y obtener información mediante los familiares o personal que no fueran médico-psiquiatras y, del mismo modo, nosotras nos acoplamos a los rangos de edades, así como también a su género y la residencia que los informantes (que aceptaron la entrevista virtual) nos proporcionaron.

### ANEXO 2

#### CALENDARIO DE TRABAJO (CRONOGRAMA)

<b>Septiembre 2020</b>
Analizar y comparar experiencias referentes a las instituciones psiquiátricas como punto de partida para realizar la investigación y de esta manera delimitar el tema.
<b>Octubre 2020</b>
Hacer investigaciones documentales.
<b>Noviembre 2020</b>
Después de que se revise el trabajo en lo que respecta a lo teórico, se tiene pensado realizar entrevistas a personas con experiencia en instituciones psiquiátricas (pacientes, personal, familiares amigos de pacientes, entre otros).
<b>Enero 2021</b>
Recurrir con informantes y redactar lo obtenido en el documento.
<b>2021</b>
Realizar entrevistas (personalmente o en línea) y redactar lo obtenido y comenzar a hacer los análisis.

### ANEXO 3

#### EXPERIENCIA AJENA AL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Una de las participantes ya tenía conciencia de las instituciones psiquiátricas, aunque no a fondo, sin embargo, su experiencia contribuyó a elegir el tema y así encaminar la investigación.

La experiencia de la narradora se remonta a cuando ella cursaba el primer año de secundaria y pudo mantener una estrecha relación con una chica de su misma edad que, por motivos de anonimato, decidimos llamarla Natalia. Todo el curso iba bien y su amistad se mantenía intacta, sin embargo, la narradora cuenta que, para finales del curso, Natalia comenzaba a mostrar un comportamiento raro, incluso todo el grupo lo notó; se notaba triste, se aislaba, pero cuando estaba con su grupo de amistades, comenzaba a inventar historias (a sus amistades cercanas, entre ellos a la narradora) que no habían sucedido, la narradora pudo descubrirlo porque sus historias ya no concordaban con lo que ella misma sabía (a veces por obviedad). Cuando la narradora se dio el valor de preguntarle el por qué lo hacía si nada de lo que contaba no coincidía, Natalia no negó. La narradora decidió no decirle más, aún así seguían siendo amigas. Al poco tiempo Natalia comenzaba a faltar constantemente, y las veces que iba a la escuela no ponía atención y se daba sus escapadas al baño; nadie veía nada de malo en eso, todos piden permiso para ir al baño en la secundaria. Pero todo cambió cuando, una vez, Natalia regresó del baño goteando sangre por el piso: se había hecho cortadas en las muñecas. Todo el grupo se espantó. La narradora cuenta que habló con ella, que estaba mal, la quiso hacer entrar en razón, pero no funcionó. La profesora mandó a llamar a sus papás, en cuanto se enteraron, la misma escuela llamó a la institución psiquiátrica para que fueran por ella, la durmieron, y se la llevaron. En cuanto Natalia se despertó, la había amarrado a la cama para que dejara de hacerse daño, ya cuando estuvo acompañada le permitieron hacer una llamada, así que llamó a la narradora para contarle lo anterior. Decía «tengo miedo, ayúdame», palabras que hasta el día de hoy resuenan en la narradora. Y ese fue el último día en que Natalia asistió a la secundaria.



## ANEXO 4

### EXPERIENCIA DEL CAIS

En lo que respecta al 4° trimestre de la presente carrera, una de las compañeras tuvo la oportunidad de asistir al Centro de Asistencia e Integración Social en Xochimilco, asimismo su estancia ahí fue corta, pero lo bastante para darse cuenta de los vínculos que mantenía la institución con los usuarios. La compañera nos platicó que ella, junto con su equipo de investigación de entonces (cuatro chicas más), convivió con 6 a 10 usuarios por sesión. Esta institución, así como también la institución psiquiátrica, es una institución total, pues en ambas se reciben a personas con problemas mentales, los encierran y les dan tratamiento, la diferencia es que en el CAIS (de Xochimilco) se recibían a hombres mayores de edad en estado de calle, así mismo, como veían una “mejora”, los volvían a reintegrar a la sociedad, sin embargo, algo curioso fue que, a pesar de que ya dejaban salir a los usuarios, éstos regresaban, ¿por qué? ¿habían recaídas o ellos volvían por su propio pie, de ser así, por qué razón regresaban? Esas fueron las preguntas que se hicieron en su momento, razón para indagar en ese tema y descubrir que, los usuarios no volvían por recaídas, sino porque una vez adentro, ellos formaban vínculos con otros usuarios, para ellos el CAIS era su hogar. En su momento se vieron estas características. Pero lo que no cambia es el estigma, esa etiqueta que la sociedad ha puesto sobre ellos, y por esa razón sufren discriminación. Lo que nos alentó a hacer la presente investigación fue ese proyecto, sin embargo, nosotras lo queremos hacer desde otro punto de vista, desde los psiquiátricos, ya que son espacios un poco más estrictos.

## ANEXO 5

### TESTIMONIO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO, NO INTERNADO

Dentro de los acercamientos previos que tenemos sobre el tema de las psicopatologías, los hospitales psiquiátricos y la experiencia de algunos pacientes, se puede rescatar el relato de un familiar muy cercano sobre la experiencia que tuvo con médicos-psiquiatras, ya que desde niño (aproximadamente a los 10 años) fue llevado a diversas instituciones de salud, con psicólogos, pedagogos, psiquiatras, etc. por ciertas conductas y formas de expresión que presentaba además de tener bajas calificaciones; después de algunas pruebas y estudios fue diagnosticado con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).

Conforme pasaron algunos años, en la pubertad y adolescencia, le hicieron más estudios pues, si ya había un antecedente de trastorno, tuvo un accidente que alarmó a los padres; después de que atropelló un microbús empezó a tener ciertas complicaciones en su forma de actuar y relacionarse; después de varios estudios lo diagnosticaron con esquizofrenia, ansiedad, depresión y cierto grado de bipolaridad. Al tener el diagnóstico de múltiples trastornos psicopatológicos, le prescribieron varios medicamentos; menciona que los más recurrentes fueron risperidona, fluoxetina, y otros que no los recuerda porque se los cambiaban constantemente. Todos estos medicamentos en conjunto, menciona que lo mantenían totalmente sedado, como fuera de sí, y empezaba a tener reacciones adversas. Cuando él dejaba de tomarlos, ya sea por no poder comprarlos o se le olvidaba, se volvía extremadamente violento e irritable, con actitudes contradictorias tanto en su forma de actuar, de hablar y pensar.

Dado que manifestó tener complicaciones fisiológicas a partir de los medicamentos, tuvieron que volver a hacer estudios para descartar otros problemas, se le disminuyó la dosis, pero siguió con miedo a tener mayores reacciones adversas por el consumo de tantos medicamentos. Así estuvo algunos años hasta que él decidió ya no seguir tomando nada porque sentía que, con esos medicamentos en lugar de ayudarlo y mejorar, iba a empeorar su condición, hasta el momento no le habían determinado exactamente qué era y le parecía exagerado que le dijeran tener más de 3 trastornos. Lo único claro que le

especificaron los médicos es que si llegaba a tener algún problema o episodio de violencia lo iban a internar por el bienestar de él y de su familia.

En ese tiempo sus consultas eran en Instituto Nacional de psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz donde llegó a ver cómo eran las condiciones para ser internado, incluso pudo ver a uno que otro paciente, cuenta que él vio como estaban atados de manos o con un tipo camisa de fuerza; recuerda a una mujer muy joven, la llevaban en silla de ruedas, tenía la mirada perdida, las manos y piernas atadas, esto le impactó mucho y no quería pasar por algo así.

Él comentó que otra razón para dejar ese tratamiento y las citas con los médicos fue por sus creencias, decidió poner todo en manos de Dios y que a partir de ahí lo que pasaría con él, pues ya no dependía de los médicos ni de los medicamentos sino de Dios. A lo largo de 8 años, que es aproximadamente lo que lleva en la religión cristiana, él ha mostrado un cambio realmente significativo; no se toma ningún medicamento y ha mantenido una calidad de vida estable y tranquila. A pesar de que no estuvo internado vio muy de cerca todo eso y relata que es muy triste que, por el simple hecho de ser diagnosticado, te cambia la vida; la dinámica familiar y todos los que están alrededor modifican la forma de tratarlo; además era demasiado complicado entender lo que realmente le pasaba, no entendía los diagnósticos que le decían los doctores; escuchar que de ahí en adelante iba a tener una vida muy limitada, que no iba a poder seguir estudiando o trabajar ni hacer muchas cosas normales a menos de que fuera medicado, con tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Él comentó que se ha sentido mucho mejor ahora, incluso evita tocar el tema porque sabe que es algo que cuando se menciona, los que están a su alrededor que no conocen la historia se asustan se alejan y no quiere que lo sigan señalando como si todavía tuviera algún tipo de síntoma o de trastorno; a este punto sigue sin saber si realmente estuvo bien diagnosticado, o si fue secuela del accidente.

ANEXO 6  
INFORMANTE 1: ÚRSULA

En cada anexo, de aquí en adelante, para cada entrevista, se utilizó la letra **E** para referirnos a las entrevistadoras y las otras letras (U, D, B, V, R) para relatar el discurso del o las entrevistadas. En el caso de este apartado fue la **U**.

El día viernes 19 de febrero de 2021 se logró obtener la experiencia de la señora U, recolectando datos personalmente afuera del psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ubicado en Tlalpan, Ciudad de México.

E: Hola, buenas tardes. Disculpe, ¿usted está esperando a entrar?

U: Hola, no, yo solo estoy esperando a que den de alta a un paciente, bueno, mi familiar.

E: Bueno, somos estudiantes de psicología de onceavo trimestre (*la compañera Diana y Miroslava enseñaron la credencial de la escuela para reafirmar lo dicho, la entrevistada miró sin mucha importancia las credenciales, luego de verlas se mostró amable*). Te explicamos, estamos haciendo una investigación acerca de los psiquiátricos, estamos investigando acerca del tratamiento que los médicos les brindan a los pacientes, básicamente estamos aquí para poder, mediante nuestro proyecto, darles voz a los pacientes. No sé si tú podrías y quisieras brindarnos una pequeña, lo que sea, tu experiencia, te aseguramos que será totalmente anónima.

U: ¡Ah, sí! ¡Por supuesto! No tengo ningún problema. ¿Qué quieren saber?

E: Primero que nada, saber si podríamos grabar con audio, como te dijimos, será totalmente anónima.

U: ¡Ah, no te preocupes! ¡Sí, sí graba, yo no tengo problema con el anonimato! Puedes poner mi nombre.

E: Vale, vale, muchas gracias. Para empezar, ¿podrías contarnos un poco sobre tu experiencia o tu relación con esta institución?

U: Bueno, tengo dos, dos familiares, eh, mi cuñada, esposa de mi hermano, y ahorita pues es mi sobrino, que apenas lo van a dar de alta de hecho. Entonces, este, bueno, al menos yo no he tenido convivencia desde dentro del hospital, no he visto cuál sea, este... ¿cómo te lo puedo decir?, o sea, el trato que se hace desde dentro, se podría decir, entonces, este, pues ahorita, como quien dice, eh...

bueno, por parte de mi cuñada pues le han tocado buenos médicos, o sea, la doctora que la atiende.... excelente doctora, entonces, el trato, pues bueno, hacia ella bien. Es que ya dependiendo ahora sí del paciente... en qué estado llegue también y también de cómo lo... ahora sí yo no podría decir si lo someten o no sé qué... ahí sí yo no podría explicarlo porque pues no, no lo he vivido y ni lo he visto. Pero, pues, en este caso, ahorita sí, son dos que tengo (*la entrevistada hizo referencia a que tiene dos familiares que han sido internados*). Bueno, en este caso, mi sobrino pues... puede ser que haya, nada más, pasado, uhm... ehm... como un episodio, se podría decir... porque no se sabe... ¿ay, quién?, o sea, que puede ser hereditario tiene... con un 17% de que sí puede ser hereditario por parte de su mamá, o sea de mi cuñada, eh, y mi cuñada pues ya viene por descendencia de parte de su mamá también; que hay personas con esquizofrenia o son bipolares y han llegado pues al grado de suicidio, de ma... de intentar contra su propia vida, al igual que han atentado con vidas... o sea, de su misma familia. Entonces, este... pues, ahora sí, ¿qué les puedo explicar? ¿Qué más les puedo decir? (*la entrevistada sonrió*).

E: No, bueno, si su cuñada le ha comentado cómo la pasaba dentro del hosp...

U: Es que, de hecho, ella... ella, lo que tiene es de que, cuando ella está mal ella se refugia mucho en... en... ¿cómo se pued...?, en lo religioso, o sea, se respalda mucho en la biblia, en la iglesia, se... es como una obsesión lo que ella tiene y retrocede, como quien dice, a su vida pasada, ella retrocede siempre a su niñez, a su adolescencia. Entonces ella se vuelve a estancar, o sea que... yo siento que el episodio que, en este caso, mi cuñada ya tiene desde hace 35 porque ya le diagnosticaron el... el de bipolaridad, esquizofrénico, bueno, fue diagnosticada desde a los 20 años, ella ya tiene 55 ahorita y, pues ahorita por lo... mi sobrino tiene 27, y ahorita pues... es de hecho, ahorita fue él el que quedó. Entonces, este, pues... esperemos y no sea... pero por parte de... dentro del hospital sí... bueno, hasta donde ella me ha dicho, ha tenido buen trato, sí, como dicen, los mantienen sedados dependiendo también de cómo esté el paciente; mi cuñada pues sí ha entrado en estados que... que, pues sí llega al grado de la agresión, ofende, entonces pues los tienen que mantener sedados en este caso. Y pues ella lleva su tratamiento ahorita en este caso, ella lleva proato de magnesio, croa... cloracefan o cloracefina o algo así, y este... y... bueno, le dan otro medicamento, no me acuerdo cuál, pero sí, sí lleva, entonces ahorita pues ella...

ahora como quien dice, ella vive, como quien dice, sedados porque el medicamento que les dan pues... como quien dice, ya no es un estilo de vida pues normal, ya ahorita básicamente, el medicamento, lo que les hace es estarlos... mantenerlos relajados y pues durmiendo, ¿no?, entonces pues, bueno, a donde ella... pues me dijo que... pues sí, o sea, sí les dan trato que de lo que... ahora ya depende también del paciente en el estado en cómo se encuentre y pues ahí el trato que le den a los pacientes.

E: Eh, bueno, si no es indiscreción, este, ¿cómo lo ha manejado la familia?, sabemos que este tipo de situaciones es complicado.

U: Sí, de hecho sí. Bueno, ahorita sí que se lo lleva la... *(la entrevistada comenzó a sonreír, como si le hubiera hecho gracia)* o sea, ahora sí como quien dice, pues es mi hermano, ¿no?, porque primero la esposa y ahorita ya le salió el hijo también, y pues, de hecho, mi sobrino pues ya es casado, ¿no?, pero por una... duró cuatro años de casado, y por una diferencia que tuvo con su esposa pues se separó... entonces, eh... pues ahorita su esposa como que también ya la piensa porque, pues ahorita en el estado en que ya... eh, que ahorita ya totalmente, pues ahorita ya, a raíz de esto, él ya cambió, ya cambió su vida, se podría decir; pues ya no va a tener lo mismo, o sea, él estuvo en el ejército, estuvo trabajando en seguridad privada, o sea, en todos los trabajos en que se llevan un manejo de armas, entonces, ya a raíz de esto él ya va a, has de cuenta que su vida va ser un giro total porque ya no va a trabajar, ya con un antecedente psiquiátrico él ya no va a poder ingresar ni al ejército, él ya no va a poder trabajar y ni va a poder entrar a la... a la... quería regresar al ejército, pero ya ahorita está la... Guardia Nacional, quería entrar ahí, pero pues ya con esto pues ya no, o sea, ya su vida pues va a tener que cambiar, va a tener que... ahora sí que llevarlo más tranquilo, pero pues ahorita la doctora que lo atendió o el médico, no sé la verdad quién lo atendió... pues sí le dio a entender a sus papás que... pues haga su vida normal, na'más que pues ahorita le van a dar esta semana, a ver cuál van a ser el caso porque ahorita, pues en este caso, él entró en estado de psicosis, pero él, él, él es psicoafectivo, algo así, o sea de que también por, por, o sea, desde niño, o sea, él vivió todo eso desde con su mamá, se podría decir. Entonces, este, pues... sí puede ser hereditario un 17%, pero pues al igual ahorita o a lo mejor por un episodio que pues pasó por... de su familia, bueno, de su esposa, a lo mejor se quedó sin trabajo y a lo mejor todo se le juntó y pues, en un rato, como dicen,

¿no?, fue como una bomba la que estalló y fue donde perdió el control y perdió la noción y ya empezaba pues a decir muchas cosas incoherentes, o sea, ya empezaba a escuchar voces, a ver cosas pues que no eran, ¿no?

E: ¿El ingreso de su sobrino fue voluntario o ustedes lo decidieron?

U: No, pues de hecho fue esa... en parte fue voluntario por parte de él, pero también por otra parte pues sí, mi hermano dijo: “no, o sea, ya no es normal”, porque pues sí, agredió físicamente a su mamá, la golpeó, creo que hasta la mordió en una de sus orejas (*a la entrevistada se le escapó una sonrisa*); a su hermana la golpeó, la... y pues sí, o sea... como una agresión que, al grado de que su mamá, pues hasta ahorita, está... este... eh, bueno, que a pesar de que ella tiene poco, porque a ella también la hospitalizamos apenas en diciembre y se estuvo quince días, pero ya no quedó aquí, quedó en el hospital... la clínica 23 por parte del IMSS, entonces, este, ella sí se estuvo quince días porque ella es de cada año, o sea, ella tiene un descontrol, ahorita le ajustaron, como quien dice, el medicamento, se podría decir...

*Una señora se acercó a interrumpir.*

U: Bueno, en el IMSS también tienen buenos médicos de hecho, y este, y pues ahí tuvo un trato pues bien, nada más que, aquí, lo curioso es que mi cuñada, a pesar de que ella cuando pierde la ra... también, o sea, en que entra en su episodio de psicosis, de bipolar, de esquizo... ella agrede mucho a su familia, ofende, pero no es agresiva en el aspecto de que golpee, sino de... mi sobrino sí, ese, bueno, por eso lo tuvimos que hospitalizar también porque dije: “no, no es normal”, otra porque ya empezaba a decir cosas, que veía, que escuchaba, entonces yo dije: “no, pues ya no es normal”, y hasta mi hermano lo dijo, pues apenas salió pues mi cuñada, su esposa apenas había salido del psiquiátrico y pues ahora metimos a su hijo, como quien dice, entonces pues también para él yo siento como sí es como que, pues es un descontrol emocional, yo siento, porque pues, primero pues ahorita, como quien dice, ya le aguantó 35 años a su esposa que, a pesar de todo, pues no la ha dejado, no la ha abandonado, y ahorita ya entró su hijo, entonces como diciendo, dice mi hermano: “pues ahora que, ahora va a ser mi esposa y va a ser mi hijo ¿y ahora con los dos?” (*la entrevistada se rio un poco*), pero sí, o sea, eh... bueno, él sí entró en estado, pero venía consciente, o sea, a pesar de que venía entre su delirio, venía consciente de que él se iba a quedar. Ajá y estuvo, o sea, estuvo de acuerdo, pero sí venía en forma de agredir,

de... y esa vez cuando (*hizo referencia al día en que internaron a su sobrino*) yo dije: “¡Chin!”, pues lo íbamos a meter directo en el carro, se nos baja antes de tiempo y pues se sale mi hermano, nos salimos, porque de hecho yo lo acompañé ese día, pero aquí lo malo es que nos dejan entrar a más, o sea que nada más entra el paciente y el familiar más cercano a él, en este caso pues se fue su papá. Pero yo desde dentro si no te sabría explicar porque la verdad sí, no lo he visto, pero, este... bueno, hasta donde me han comentado, bueno, al menos mi cuñada pues ha llevado un trato, pues bien, o sea, sí, como dicen, pues los mantienen sedados, los mantienen tranquilos, los entretienen dentro también porque pues no los pueden tener tampoco durmiendo todo el día, tienen que hacer algo, entonces, este, pues, algo tienen que hacer, entonces ya dependiendo. Y los tienen por niveles creo que también, desde el... una ¿cómo se podría decir?, desde lo emocional, a lo mejor leve hasta al grado de que han llegado a matar o a quererse quitar la vida o todo eso, porque los tienen por niveles. Yo sabía que mi sobrino, me había dicho mi hermano, quedó en el nivel cuatro, o sea, de los peligrosos, ¿no? (*rio un poco*), y yo dije: “¡ay!, ¿a poco?”, pero sí, pues sí nos sacó de onda. Pues de hecho yo, con él, pues ahí nos íbamos, o sea, diríamos: somos de la rodada, somos de la edad; entonces, este, pues crecimos casi juntos y-y, este, y entonces, pues sí, pues sí, como que pues nos cayó de sopetón, ¿no?, porque al menos de su mamá pues ya estábamos acostumbrados; yo tengo 30 y mi cuñada pues ya tiene 35 años de que la diagnosticaron, o sea que... yo, desde que tengo uso de razón, mi cuñada ya está siendo tratado psiquiátricamente, pero pues él no, él... pues la verdad nunca, nunca nos habíamos imaginado que iba a reaccionar de esta manera, pero pues esperemos y sea pues algo emocional, o sea, algo como pasajero, ¿no?, de que fue un episodio de un momento y pues ya, o sea, pues agarre otra vez su vida normal y... y no sea, ahora sí, como dicen, que sea, que tenga un 17% de, de probabilidad que sea hereditario por parte de la familia porque sí, por parte de mi cuñada sí, por parte de su mamá; tienen familiares con padecimiento de esquizofrenia ... este... y pues sí... Yo no sabía, bueno, yo no conocía mucho eso de que puede ser hereditario también, puede ser genéticamente de que a veces uno ya venga... este... no sé... a lo mejor ya enfermo, ¿no?

E: Entre las dinámicas para entretenerlos, ¿le llegó a comentar cuáles eran?



U: Eh... pues sí. Pues los ponen a leer, este, mi cuñada decía...bueno, que jugar dominó, que el ajedrez, que... el, lo que el paciente le parecía; que si el paciente le gusta cantar, “bueno, póngase a cantar”, no, que si le gusta baile, “pues póngase a bailar”, pero algo tenían que hacer, ¿no? Ese... pues mi cuñada era más de que del ajedrez o el dominó, ¿no?, o que... este... pues sí, también, o sea, te permiten un libro, sí, ¿por qué no?, cosas que no corran peligro, o sea, de que a la gente no le pueda afectar adentro porque hay ciertas cosas que no te dejan... no te dan acceso a pasar.

E: ¿Tenían horarios específicos para hacer las actividades?

U: Por lo regular era casi a partir de las doce porque les piden horario del desayuno, una colación, la comida y creo que cena; entre tres y cuatro alimentos al día, entonces ahí dependiendo la dieta que llevara el paciente, o sea, porque por ejemplo, mi cuñada pues de repente sube de peso, de repente no, ella pues padece de la tiroides, entonces, este, pues también le tenían que controlar el peso porque ella, lo que tiene, es que con el medicamento pues tiene demasiada ansiedad, o sea, es muy... o sea sí, pues el medicamento, le produce demasiada ansiedad. El medicamento apenas se lo volvieron a reajustar porque, el que le habían dado pues sí, era un poquito más fuerte de hecho porque ya no le hacía el medicamento, de hecho, todo lo que se tomaba para que no se durmiera, o sea... ella andaba pues... se pasaba días, noches sin dormir, y por más que le decían: “duérmete, descánsate un rato”, o sea, no. Y, el medicamento, yo decía: “pues es que dicen que cuando tu cuerpo no está acostumbrado y tan solo un pedacito te tira”, o sea, te tira a dormir y yo lo vi porque a mí a mi mamá, una vez se me ocurrió darle un pedacito de cloracefan porque la iban a operar y como andaba nerviosa mi mamá, pues así como no quería dormirse y pues no era igual, ¿no?, y se me ocurre darle un pedacito, pero ella no está acostumbrada al medicamento y sí, ¡doce horas!, no podía reaccionar y pues mi hermana y yo ya espantadas, y dije: “¡chin! ¿Qué tal si no le está... el medicamento y ya la estamos matando nosotras?”, pero, precisamente, este, pues sí un medicamento, siento que es un medicamento bueno, ¿no? Y para que luego... o sea, para que digan que.... que... pues, o sea, ya en este caso, que ya no les hace efecto porque ya, como quien dice, su sangre ya está intoxicada del medicamento, ¿no?, entonces... pues tienen que volverle a hacer una desintoxicación o no sé si les hacen un lavado de estómago o no sé, o les vuelven a reajustar o les meten una dosis más alta del

medicamento, ¿no?, y fue lo que le dieron, bueno, en el caso de mi cuñada sí fue lo que le dieron, le dieron una dosis más elevada al grado de que ya... es más ya ni hablaba, o sea, de que le entró una temblorina de ese, de un temblor en el cuerpo, como un tipo ya de mal de “parquetín”, pero ya era de los brazos, de la pierna, que hasta para hablar le temblaba la parte de la mandíbula, entonces así estuvo un mes de hecho. Ya ahorita pues la volvieron... ahora que tuvo su cita ya el médico observó todo eso y le recetaron otra vez el medicamento, no sé si le disminuyeron al grado que ahorita pues ya, volvió a quedar otra vez normal, o sea, ya volvió a controlar sus nervios, pero pues sí, anda muy ansiosa, ahorita lo que le da es mucho fumar, ¡qué es lo que no debería de hacer!, pero es lo que hace, y ya... pues ahorita vamos a ver ahora qué, cómo vaya a salir mi sobrino también porque... y lo que nos pueda comentar, cómo lo trataron porque pues en este caso yo, la verdad, sí no podría decirte desde dentro, ahí sí yo nunca he estado dentro del psiquiátrico.

E: ¿Le ha comentado su cuñada...? (*alguien se acercó a interrumpir*) ¿Le han comentado si tienen cuartos propios o lo comparten?

U: Pues yo digo que han de compartir, ¿no? Imagínate, ¿cuántos pacientes no entran?, si así, cuando entró mi sobrino, de milagro, le dijeron, que alcanzó una cama, o sea, no supe si en el mismo cuarto o a lo mejor sean de dos o hasta tres pacientes en una sola habitación, yo me imagino que comparten porque, bueno, mi cuñada, hasta donde nos cuenta las habitaciones son muy grandes, nada más que los tienen separados con cortineros, hay unos cuartos que sí y hay otros que no, hay otros que, cuando son privados, por ejemplo, de personas que pueden, ¡tienen!, el económico para pagar bien entonces a esos se les dan, como quien dice, su zona VIP, ¿no?, pero sí, este, yo supongo que muchos han de compartir porque pues sí. Y ahorita yo me he dado cuenta que la mayor parte de los pacientes que están saliendo son muchos jóvenes, están chavos, y yo dije: “¿es la pandemia o qué es lo que está pasando?” (*bromeó*), porque son jóvenes, o sea, ahorita son puros chavos los que están entrando (*la entrevistas cambió la voz a una de preocupación*), o sea, ya es raro la persona adulta que entra a un psiquiátrico, ahorita pues son jóvenes. Y sí, pues yo lo vi también tan solo en la clínica 23 y pues yo digo: “chavos, chavas, así, ¡chavitas!”... que se quisieron suicidar, que se quisieron cortar las venas, y yo dije: ¿y ahora por qué?”, ¿no?, o sea, no sé qué es lo que tengan en la mente, qué problemas tengan

psicológicamente, pero... pero pues sí, son la mayoría, ahorita la mayor parte de los pacientes que son... yo no creo mayores a 30, no mayores a 35.

E: ¿Sabe más o menos qué requisitos o qué les permiten entrar? porque nos decía que tienen que ver que no se hagan daño.

U: Eh... bueno, si entra, obvio que sí entra el paciente normal, vestidito, ¿no?, a todos, ahí adentro hay vigilancia, ahí también hasta como que se te hace mal plan, pero te revisan que no lleves algún tipo de armas: navajas, cuchillos. De todas maneras, te terminan desvistiendo porque te dan la ropa que les dan ahí a los internos, que en este caso les dan una playera y un pants y creo que pantuflas, andan con pantuflas. Entonces, este... y ya, na'más lo único que te permiten es meter ropa; nada más creo que es la ropa interior y ropa para baño, y para tu higiene que nada más es un jabón o un sobrecito de champú, este, y bueno, que no lleven cosas así que, que... que ellos puedan lastimarse, o sea, como cosas como, eh, no sé, hay envolturas que luego hasta los hacen pasar como si te puedes cortar, este, eso sí. Es que, de hecho, te quitan todo, o sea, es lo que tienen y cuando ya entran las visitas... bueno, ahorita a mi hermano no lo dejaron entrar, de hecho, o sea, estuvieron informándolo por medio del teléfono, por medio de llamadas, porque precisamente, a raíz de esto de la pandemia, o sea, ahorita las visitas no estaban al 100 como quien dice, entonces ya na'más a él lo informaban, como quien dice, su estado de salud, o sea, de cómo lo tenían, cómo... porque sí, o sea, todavía la semana pasada, cuando se comunicaron, pues todavía está con eso de que él quiere regresar al ejército, que... o sea... y pues sí, o sea, de que lo traen sedado pues anda como ido, andaba, bueno, andaba ido, ahorita quien sabe. Y pues ya desde ayer, antier avisaron que ya lo daban de alta hoy mismo.

E: ¿Ha habido críticas hacia su familia por este tipo de tema?

U: Yo siento que críticas... yo creo que no, bueno, al menos yo no lo he escuchado, ¿no?, y, aunque lo hubiera, pues bueno, total, yo siempre he dicho, pues es que es algo que, pues es naturalmente que a veces nos llega a suceder, ¿no?, o sea, que son reacciones de nuestro cuerpo, ¿no?, y más cuando es mental, psicológico. Entonces, por parte de mi familia, pues no, eh, por parte de la familia, se podría decir, de mi cuñada pues... ¿qué pueden decir?, si están iguales, ¿no?, ellos también tienen varios familiares con ese tipo de problemas. Entonces, este... pero pues no, o sea, como ellos ya... bueno, al menos ya lo han

visto y lo hemos vivido, pues yo creo que ya lo toman como: “ay, ya, ya anda mal, ya necesita que lo lleven otra vez a que le den sus vacaciones en el hospital”, ¿no?, porque pues yo creo, yo siento que ya hasta lo toman de hasta como de broma, ¿no?, pero pues entre broma y broma... pues decimos: “pero pues es que no es normal”, ¿no?, o sea, pues es una enfermedad que ya es controlada, ya no es fácil, como dice mi cuñada: “yo, cuando estoy mal, créeme, ya hasta inconscientemente lo hago”, y ya después cuando sale, entre comillas, ya bien, o sea, ya a lo mejor sedada o así como toda zombi, este, pero ya después no se acuerda si agredió, si ofendió, o sea, no se acuerda, es ahí que hay cosas que, luego hace supuestamente hace ella inconsciente... Pues una crítica, pues no, bueno, al menos no la he escuchado yo, ya cuando lo escuche se los haré saber *(la entrevistada bromeó y comenzó a reír, también logró robarnos una sonrisa)*.

E: Por ejemplo, ¿le ha costado a su cuñada llevar una vida, por ejemplo, laboral o familiar?

U: Eh... pues... de que le ha costado, pues más en el trabajo, o sea, yo siento que no es tanto la familia, en el trabajo sí porque pues no es lo mismo, o sea, trabajo que tiene trabajo que termina dejando ¿por qué?, porque en un trabajo, por lo regular, son trabajos bajo presión y ella lo que menos necesita es que le metan presión ¿por qué?, porque se irrita, o sea, luego, luego explota. Y peor si está trabajando y está consumiendo su medicamento que es el “proato”, “cloracefan” y todo eso, si está consumiendo ese medicamento anda toda zombi, o sea, hace ya las cosas por inerte, como dice: “¿qué tal si a lo mejor un accidente? ¿o me quemo o rompo algo, equis?”, entonces, como dice: “yo ya me manejo por inercia”, pero pues anda toda... dirían... pues inconsciente... o conciente pero no al 100. Más que nada yo siento que es más por parte laboral, no es tanto en la familia porque pues en la familia como sea, al menos, pues ahorita mi hermano no le exige, o sea de que le diga: “¡oye, necesito que esto, que necesito que me hagas esto!”, o sea no, porque él ya sabe, como dice: “prefiero tenerla dormida, que esté tranquila a que al rato me haga un relajó”, porque pues sí, de hecho mi hermano perdió varios trabajos porque mi cuñada iba, como andaba en su estado de psicosis, iba y hacía que lo despidieran, o sea, le iba a hacer un escándalo, ofendía al personal de trabajo, y a ese grado pues sí ya le llamaban la atención: “no pues es que no, no podemos tener una persona así”, porque imagínate, al rato agrede a alguien o cualquier cosa. Y, bueno, ya, los

que conocían a mi cuñada, pues ya hasta le tenían miedo cuando la veían. Entonces sí, yo siento que es más laboral.

E: En el caso de su cuñada, cuando estuvo internada, ¿tuvo acompañamiento psicológico? ¿tenía terapias? *(la entrevistada se quedó pensando)*. O sea, además de la medicina que le dan, ¿le dan algún tipo de terapia?

U: Pues ahorita no, así terapia así que lleve por medio de un psicólogo no, la verdad no. O sea, ella cuando se pone mal, luego, luego directo al psiquiatra, pero no. Y dentro del hospital, no sé, las enfermeras o... o los mismos médicos, ¿no?, porque supongo que aparte de psiquiatras debe haber psicología, psicólogos, entonces, este... pero ahí si no te sabría yo explicar, pero bueno, ahorita, ahorita sí, particularmente pues no. O sea, ahorita ya ella ya se va al régimen de la tarjeta federal y pues ahora sí lo que le indica el médico, pero pues no.

E: ¿No sé si quisieras agregar algo más?

U: Eh... pues... yo creo que ya no, ¿qué más te puedo agregar? Pues adentro no sé cómo está el movimiento, entonces, no sé, ahí sí, ahí sí no sé cómo sea tratado el paciente desde dentro, o sea, no todos los pacientes les tratan igual, pues es que ya dependiendo de la enfermedad que tengan, por ejemplo, hay personas que luego sí los someten, hay personas que pues... ya por su propia voluntad saben cómo van a ser tratados y pues ni modo. En el caso de mi cuñada pues sí, dos-tres veces sí fue sometida porque llegó al grado de que le tocó agredir a doctores o enfermeras, y al grado de que pues ya... y ya cuando los someten son cuando llevan camisas de fuerzas, entonces para que se dejen inyectar o que les metan un tranquilizante y todo eso, pues sí, ya llegan en un estado que pues si ya no los pueden controlar; y luego así hasta el mismo familiar luego a veces ya no puedo controlarlo, pero nosotros, como familiares, pues tampoco no podemos agredirlo, ¿no?, o sea, el hecho de que a lo mejor nos agrede, no podemos agredirlo porque aquí luego, a veces, si el paciente llega el paciente golpeado, “¿por qué llega golpeado? ¿por qué esto...? si ya sabíamos, a lo mejor, que tenía un antecedente psiquiátrico” Entonces, en este caso de mi cuñada no, a lo mejor le volará los dientes a mi hermano, lo golpeará y todo, pero él no le puede poner una mano encima porque como dice: “yo le llevo con una mano encima y no me la acabo, me llega la demanda directo”, y hasta el mismo hospital hace el trámite porque, pues lo primero que te dicen es que no puedes agredir a una persona que está enferma, o sea, sí, a lo mejor sí te agredió, a lo

mejor pudiste buscar la manera de someterlo, mas no de maltratarlo. En este caso, mi sobrino si llegó al grado de los golpes, o sea, llegó al grado de golpear a su mamá, a su hermana, o sea, las tenía como tipo secuestradas; no podían acceder al celular porque él tenía una... o sea, él cambió totalmente, tenía cambios de personalidades y hasta dije: “ay, está endemoniado”, pero, o sea, quién sabe, a lo mejor, hablando psiquiátricamente, pues no sabía qué tipo de trastorno tenía, pero sí, tenía cambios de personalidades, o sea, de repente hablaba bien, de repente se alteraba, no le podías llevar la contra porque ahí también te agredía verbalmente y sino hasta al grado de los golpes. Entonces ahí sí ya no lo podíamos tener así porque es un peligro... y ya. Creo que ya.

E: Bueno, muchas gracias por compartirnos tu experiencia...

*Después de este suceso, se le sugirió a la entrevistada que tomara un asesoramiento psicológico para que supieran, ella y su familia, cómo enfrentar este tipo de problemas y cómo apoyar a su familiar.*

## ANEXO 7

### INFORMANTE 2: DANTE

La recopilación de los datos presentes fueron afuera del psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ubicado en Tlalpan, Ciudad de México. Nos presentamos con las credenciales en mano, el señor D, junto con su acompañante, miraron detenidamente las credenciales, cuando se percataron de que decíamos la verdad, solo el señor D fue el que aceptó expresarnos su experiencia, dado que él dijo ser ex paciente de esa institución, sin más comenzó a contarnos su vivencia.

D: Pues aquí, en lo personal, fue normal. No tratan a uno mal, sé de otros que los tratan mal, pero aquí les dan sus tres comidas al día, le dan bien de comer, le atienden con sus medicamentos bien.... lo bajan a patio diario después de unos días en que se estabiliza uno y, este.... les hacen los estudios que necesita, o sea, no dan más... en éste, en lo personal, no.

E: ¿Usted ha estado en otros?

D: No, solo en éste, pero he sabido de otros que, sí los tratan con la punta del pie, pero aquí no.

E: ¿Usted ha estado hace mucho...?

D: Dos años y medio... uhm... yo ya tengo seis internamientos.

E: ¿Y fue por voluntad propia que entró al Hospital?

D: Uhm... no porque ya estaba fuera de mis cabales.

E: ¿Su familia fue quien le ayudó a ingresar?

D: *(El informante asintió)*. Sí, la última vez sí, entré casi por voluntad propia porque, por lo regular, los inyectan cuando llegan a urgencias, los inyectan y queda uno como "robotcito" *(el informante hizo una muestra, actuando como un robot)*, pero ahora no me inyectaron porque pues yo les dije que no me inyectaran.

E: ¿Cuántas veces estuvo internado?

D: Cinco, he estado cinco.

E: Si no es indiscreción, ¿cuál fue el diagnóstico que le dieron?

D: Esquizofrenia... ba, pa... no, no me acuerdo. Esquizofrenia. Tiene un nombre medio raro.

E: ¿Recuerda cuál más o menos cómo era su rutina dentro del hospital?

D: Pues era pararse, bañarse, tomar medic... pararse, bañarse, tomar medicamentos, desayunar *(el informante contaba con los dedos de sus manos mientras recordaba)* y ya bajar al patio o quedarse allá arriba, durmiendo, o algo y este... después era tomar medicamentos a mediodía, como a eso de las dos, y ya después comer y casi, junto con la comida, era la cena, casi, a las siete de la noche estoy cenando.

E: ¿Tuvieron algunas reuniones con su psiquiatra?

D: Sí.

E: ¿También les dan apoyo psicológico? *(El informante afirmó)* ¿Solo dentro de...?

D: No, también fuera. Hay consulta externa *(señaló una parte del hospital)*, que puede, uno, pasar a manualidades también y les dan carpintería, les dan pintura, dibujo, y sí les dan varias cosas... Este es como un centro de... es psiquiátrico, pero es como de tratamiento. Psiquiátricos fuerte los de allá, de Puebla, los que están en la salida Puebla, pero aquí es como un centro de tratamiento; entran alcohólicos, entran adictos, adictos a la heroína, yo conocí a un amigo adicto a la heroína... adicto a la heroína y adicto al alcohol. Entonces sí entran. Ahorita están entrando mucha gente por las drogas; les entran ataques psicóticos y vienen y los traen, pero sí, por la droga está entrando mucha gente.

E: ¿Es para ambos sexos?

D: Sí.

E: Disculpe, ¿comparten cuartos adentro?

D: Uhm... sí, son seis camas por... por... ya ni me acuerdo cómo le llaman, pero... eh... seis camas por cuarto... pero están separados hombres y mujeres, en el patio sí se reúnen.

E: Su familia, ¿cómo tomó esta noticia?

D: Uhm... lo que pasa es que yo empecé muy chico, desde los 16 años... uhm... no fue por drogas prácticamente. Me fui yo a pintar... pintura de aceite y me hizo daño el tiner, de ahí yo empecé con... con el síndrome de persecución y a los 18 años ya se me detonó y ahí fue cuando me tuvieron que internar.

E: ¿Eso cómo ha afectado su vida en general, o sea...?

D: Oh, mucho, mucho, mucho. El tratamiento que yo tengo pues... es de mucho dormir... este, puedo trabajar, pero me llevo el trabajo a la casa; nada más estoy maquinando, maquinando, maquinando, maquinando, y por eso me presiono y a veces no puedo dormir y por eso acabo yendo al hospital... Muchos quedan bien, pero muchos no podemos trabajar.

E: ¿Ha tenido casos en los que la gente, por no saber sobre este tema, lo han criticado?

D: *(Afirmó como si fuera algo normal)*. Sí, pero pues, te digo, aquí es tratamiento, para muchos... para muchos, no nada más para mí, sino para muchos: alcoholismo, drogadicción... muchas cosas. ¡Ya me voy chicas!

*La familiar del informante salió y entonces nos dejó, despidiéndose de manera cordial y respetuosa.*

## ANEXO 8

### ENTREVISTA A BLANCA

Esta entrevista se realizó a mediados de Febrero de 2021, el primer encuentro con la entrevistada se dio con una de las integrantes del equipo, ya que es una vecina y, al no tener los medios para comunicarse mediante una videollamada con nosotras, se optó por la idea de que fuéramos a su casa a entrevistarla personalmente, sin embargo, el semáforo epidemiológico cambió a rojo, por lo que tuvimos que tomar otras medidas; la integrante que vive cerca de ella se ofreció a ir hasta su casa para ayudarle a realizar la videollamada, pero la entrevistada sugirió ir a la casa de la integrante del equipo para poder hacer la



videollamada a través de la plataforma de Google Meet, claro, con sus respectivas medidas sanitarias.

E: Hola, buenas tardes. Bueno, voy a comenzar presentándome: yo soy Diana Hernández, mi compañera es Miroslava Castillo y ambas vamos a ser las coordinadoras de esta entrevista, mientras que mi compañera Emma Vargas va a ser la relatora. Las tres estudiamos la carrera de psicología, estamos en onceavo trimestre en la UAM-X. Esta entrevista va a durar alrededor de 40 a 45 minutos para no hacerla tan cansada, faltando 5 minutos, antes de que acabe la entrevista, le haremos saber para que vayamos cerrando, siéntase libre de responder cualquier pregunta, si no lo desea no se sienta obligada, no pasa nada. También queremos preguntarle, antes de comenzar, ¿podemos grabar con audio esta entrevista?, claramente será de forma anónima si así lo desea.

B: ¿Tú le entendiste a lo último? (*Volteó a ver hacia la compañera Emma, ya que la tenía a un lado*).

E: Ah, es que se está cortando un poco el audio, pero se refiere a que si puede grabar con audio...

B: ¡Ah, sí! Sí.

E: Okey, gracias.

B: De qué.

E: Ahora, para empezar, ¿usted ha tenido alguna relación con alguna institución psiquiátrica?

B: Sí, con el IMSS.

E: ¿Con el IMSS? ¿Podría contarnos un poco sobre esa experiencia?

B: Pues fueron dos: una estuvo mi marido dos veces y una mi cuñada. Este, pues no es nada agradable ir a un psiquiátrico, este, es deprimente ver ahí a las personas cuando te toca la visita, ver a personas que están así como "tontitas", como idas, como... Incluso ver que las llevan a la... al cuarto de dormir, que es cuando ellos, este, se ponen mal y los llevan a los electroshocks, que les dan, este, que le ponen gomitas en esto de aquí (*la entrevistada señaló, con sus manos, los laterales de su cabeza*) y les dan descargas, yo lo vi, como se llevaron a la señora esta. Y, estar en la visita, para mí es muy deprimente porque tú, dónde volteas, todos están así como idos, no están así como nosotros en nuestros cinco sentidos, caminando como momias o equis cosa, este, caminando sin parar, de

un lado a otro con la bata toda... sí, como de doct... como de pacientes, a veces hasta incluso desabrochada. Incluso a mí me pasó una vez que me confundieron con su visita y no se quedó conforme la enfermita hasta que no fue a mi mesa la persona que los cuida a decirme que si le podría hacer de favor de acercarme a dónde estaba la chica porque me confundió con su pariente, bueno con su gente que la va a ver, y estaba necia y necia y me dijo que sí podía ir, yo me acerqué a la puerta y ya cuando me vio de cerca me dijo: "no, no es". Pero sí son cosas que a ti se te quedan, a ti, grabadas.

E: ¿Cuál fue su sentimiento cuando entró a la institución?

B: ¡Ay! Para mí fue muy mal, muy mal, ver a mi marido... uhm... pues... pues como quién dice pues drogado, la primera vez lo vi... lo vi así mal... uhm... la segunda vez fue, para mí, lo más feo que pude vivir en mi vida porque le dieron medicamentos... este, se confundieron con el medicamento, no sé, pero yo estaba con él conversando y empezó a... se le empezó a inflar la lengua hasta sacarla y dejarla así (*la entrevistada hizo una muestra, sacando la lengua*), que no pudiera respirar, entonces para mí fue súper mal, de ahí yo correr y decirle a las enfermeras que se lo llevaran porque yo sentía que se ahogaba (*le cambió la voz a la entrevistada*); le creció su lengua, se le fue para afuera, pero así como una lengua de un animal, gruesa, gruesa. Uhm, incluso yo tuve que ir a hablar con el director que si algo le pasaba a mi esposo pues sobre de ellos porque lo vi muy, muy, muy, muy mal. Este, y sí, eh, este, respondieron rápido a mi llamada porque luego, luego lo medicaron y todo, entonces yo no me fui de ahí hasta no verlo, aunque ya no hablé con él, pero yo ya lo vi normal, pues bien. Esa es una experiencia como no tienen una idea, muy, muy fea.

E: ¿Y los médicos le explicaron que se equivocaron? ¿Se disculparon?

B: Eh, no, no, no, no. Incluso... lo qué pasó aquí es de que yo hablé con el director y le expliqué las cosas y él me dijo que sí, que él se me metió y le dio esto, pero jamás me dijeron que se había equivocado, el que me comentó fue mi marido al siguiente, a la siguiente visita, me comentó él que los doctores se habían equivocado en darle el medicamento. Entonces yo de ahí y desde ahí (*remarcó las palabras*), ya veía que le daban, este... pues él no se veía así tan como las otras chicas, que las drogaban más, él no se veía así tan mal, nada más de que le dieron el medicamento mal.

E: Okey. ¿Cuál cree usted que es la finalidad de esta institución?

B: Pues yo digo que no los cuidan como debe ser porque... los quieren ver tontos, los quieren ver drogados para... pues no sé cuál es su fin de ellas o de ellos, este, tenerlos así, incluso mi esposo fue de los que, este, hizo un equipo de básquet y se metió en, ¡ay!, no sé cómo se llama ese equipo, con una puntilla hacen letras, no sé, como que se pela, caligrafía, no sé, algo así, él se metió en todo eso, entonces en vez de verse decaído, él se levantaba y levantaba a los demás porque, incluso mi esposo me dijo que todos estaban ahí en el patio de receso, todos tontos, todos tirados ahí, tirados en el pasto, otros na'más ahí temblando... Nooo, yo no, a mí no me gustaría ingresar ahí como paciente porque dice mi esposo que los amarran, tú vayas bien o vayas mal te amarran de pies y manos, entonces te dicen "te voy a dar medicamentos", pero pues tú no te puedes mover para tomarte el medicamento o te tienen amarrada de pies y manos, ¿cómo te vas a desplazar a tomar medicamentos?

E: Okey. Entonces ¿usted cree que esta forma de encerrarlos le ayudó a su esposo?

B: (*Negó, produciendo sonidos sin hablar*). No, él tuvo que echarle ganas afuera porque... la segunda vez que entró te digo lo que pasó, entonces él optó por no regresar ahí, estoy hablando ¿de hace qué?... uhm... 20 años, un poquito más de 20 años y de mi cuñada tiene como unos cuatro años que la ingresaron en la de Acapulco porque andaban en Acapulco, le dio una crisis, incluso le detectaron bipolar, bipolaridad o como se llama esa pinche... bipolaridad, porque se puso muy agresiva. Y me tocó ir a verla y ella se quería venir conmigo y le gritaba a los enfermeros y entonces la tuvieron que amarrar, yo la vi por un agujero; vi que entre todos se le fueron, bueno se la agarraron, bueno ella es una persona alta, no sé cuánto mida, este, entre todos la empezaron a amarrar y ella gritaba y por más que gritaba no podían con ella porque, este, fueron varios, yo creo unos seis, siete personas que la sujetaron, la amarraron así horriblemente, a mí se me hizo inhumano, para mí es inhumano tratar a una persona así porque no estaba agresiva conmigo, simplemente porque la querían meter y ella no quería meterse.

E: Nos platica que su esposo fue el que ingresó...

B: Sí, dos veces.

E: ¿Podría decirnos cuál fue la razón?

B: Le dio depresión... depresión suicida, él se quería matar.

E: Una vez que estuvo en casa, ¿usted vio que había una mejora?

B: Sí, se mejoraba, bueno uno como... este... como familiar habla con nosotros, cómo tratarlos, este... pues sí ¿no?, que uno trata de que no se alteren, no hacerlos enojar, equis cosa, ¿no? Entonces el problema de mi marido fue que me fue infiel entonces yo le reclamé y él, como yo lo caché, quería matar. Ese fue el problema de él.

E: Okey. ¿Cuántas recaídas tuvo?

B: Sí, dos.

E: ¿Y le recetaron medicamentos?

B: Sí, Alprazolam e imipramina.

E: ¿Usted considera que lo ayudó?

B: Pues sí porque ahorita ya no está medicado, pero, este, ya tiene muchos años que ya no está medicado, que ya no está tomando ese medicamento.

E: ¿Y cómo lo ve hasta ahora?

B: Pues yo lo veo normal, ya no lo veo con... eran así con temblores de cuerpo, nervioso, este, se quedaba así como ido, pensando y entre él hablaba antes de ingresar al psiquiátrico, entonces estuvo un tiempo, pues la verdad no recuerdo cuántos años se estuvo medicando.

E: Okey. ¿Cómo enfrentó la familia esta situación?

B: *(Dio un gran suspiro)* ...Pues para la familia es muy desgastante; una, uhm, estábamos a punto de divorciarnos, incluso la psicóloga nos juntó a su mamá, a mi hija y a mí, que nos juntó, que pues ¿yo qué pensaba?, y la verdad yo le dije que pues “divorciarnos” porque ¿quién va a vivir con una persona que está haciendo daño cada que él quería?, y eso porque yo los caché, fue doble *(inaudible)*, porque yo lo enfrentaba y le decía: “oye, me dijeron que...” “no, no, tú estás loca”, y cuando yo lo enfrenté le dije: “¿no que yo estoy loca?, entonces pues sí le hice mi show, para qué te voy a decir que no, ¿no?, este, incluso golpee yo a la chica está y él la defendía y ella me quiso a mí golpear, entonces mi hija tenía, en ese tiempo, 15 años, y pues me defendió como, como vas a defender a tu mamá, este, entonces fue la primera vez que entró al psiquiatra y la segunda vez fue porque incluso también la encontré con otra fulana en... aquí en donde estaba el trolebús de aquí de Iztapalapa, y otra vez volvió a recaer. Sí, las dos veces fue depresión suicida.

E: Una vez que lo ingresaron, ¿le detectaron más problemas?

B: Uhm... Sus problemas de él fueron desde niño; su papá fue alcohólico desde que él tiene uso de razón... uhm... su mamá... él tenía como trece o catorce años y ella lo hizo responsable de, de... de quererse ir, que se hiciera responsable de sus actos, de llevar dinero a casa, de dar gasto, de dar renta, equis cosa, entonces él trae, desde niño, muchas cosas, él incluso me comenta a mí que, él, cuando le pedía un lápiz a su papá, su papá lo mandaba a la fregada porque, pues él quería su alcohol, fue alcohólico toda su vida. Entonces, incluso él nunca... la señora siempre trabajaba en las casas para, pues para hacer el gasto de la casa, ¿no?, pero cuando la corrieron, este, pues, luego, luego fue de lleno con mi marido a decirle: “¿sabes qué?, a mí me tienes que traer dinero, robes o no robes, me tienes que traer dinero para la comida, la renta” y equis cosa, y entonces yo como su esposa siento que para él fue una carga muy fuerte al ser todavía un niño.

E: Usted, ¿de qué manera lo ayudó?

B: Pues entendiéndolo, ¿no?, ya cuando salió de eso empezamos a platicar, qué sentía y todo, incluso la psicóloga me dijo que él tenía depresión porque... una, por problema mío, por eso, y otra la traía arrastrando desde niño, él le tiene mucho coraje a su papá, su papá ya falleció, pero incluso yo siento que también le tiene mucho coraje a su mamá porque la señora, en vez de darles de comer a ellos, le compraba la botellita, entonces ellos se quedaban sin comer, incluso ellos tuvieron anemia, no sé de qué grado, los dos, mi cuñada y él, este, ellos, cuando eran chicos no podían comprar pescado, no podían tomar leche, muchas comidas que su cuerpo no aceptaba, se enfermaban. Entonces, ahora él, de grande, pues lo recuerda, ¿no? Se sentía desesperado, él no sabía qué hacer, con quién platicar, entonces cuando yo ya supe la verdad yo lo entendí, le dije: “no, no pasa nada”, incluso tarda mucho tiempo para ir a ver a su mamá, su mamá tiene noventa y tantos años, este, tarda mucho para ir a verla, sí la va a ver, pero yo creo una o dos veces al año, y antes le decía yo: “ve a ver a tu mamá, ve a ver a tu mamá”, pero la señora no se presta, ¿no?, la señora es muy conflictiva, entonces dije: «si la va a ver o no la va a ver es su problema», y ya no le digo, ya no le digo, a veces pasan... sí le habla, pero no sé cuándo porque la señora es muy conflictiva, incluso ha venido aquí a mi casa y hemos tenido muchos problemas porque no se comporta como una suegra, se comporta como si yo fuera su hija o no sé, yo creo que ni a su hija le hace eso. Incluso, enfrente de la

psicóloga, llorando, me dijo que me odiaba porque yo le había quitado a su hijo... que no me quería. Entonces vienen problemas de más atrás, entre la señora y yo. Mi marido quiere que ella y yo nos llevemos bien, pero yo he tratado, pero la señora no se presta, ya es una señora ya muy grande ahorita entonces yo, lo que le digo, es que: "mira, si no la traes si no tenemos problemas". Entonces su idea de él es que me lleve bien con su mamá, entonces él... pues todo eso se va maximizando desde niño, todos sus problemas y ya después los problemas de la señora y míos, y problemas de él y míos, entonces, no lo supo superar y cayó en la depresión de que él quería matarse, una depresión suicida.

E: Nos cuenta que... *(hubo ruido entrecortado del otro lado de la videollamada)*.

B: *(Inaudible)*.

E: ¿Si me escuchan?

B: Sí.

E: ¿Sí? ¡Ah! Nos comentaba que a la hermana de su marido también la ingresaron...

B: Sí, su hermana. A ella le detectaron que es bipolar... ella todavía, ahorita tiene como cuatro años o cinco años que está tomando medicamentos, pero yo no la veo nada bien; cada vez que yo hablo con ella como que... estoy hablando con otra persona, la veo tonta, incluso para caminar la veo así muy... camina muy despacio...uhm... se tarda mucho en contestar, se le olvidan muchas cosas. Pues la verdad yo no sé qué pase con su cuerpo, ella cambió muchísimo, muchísimo, el 100%.

E: ¿Entonces ella ya salió de la institución...?

B: Sí, ella estuvo como 15 días internada, entonces ella cada mes va a ver a su psiquiatra, le dan... está medicada, está medicada.

E: ¿Y dentro de la institución reciben terapia de un psicólogo?

B: Sí, pero es psiquiatra. Incluso también tiene problemas de niñez también de ella, entonces siento que eso lo traen desde niños.

E: Okey, aunque, hablar todo esto con el psiquiatra, sobre sus problemas, ¿cree usted que sí le ayuda de alguna manera?

B: Pues... yo... a mí lo que a no me gustó es cómo se ve ella. Incluso yo le pregunto así cuando le hablo por teléfono: "¿cómo te sientes?", o cuando yo la voy a ver: "¿cómo te sientes?", "pues..." *(hizo una mueca)*. A los primeros días yo la veía así toda... ¿cómo te diré?, que no podía hablar, ahorita ya habla un

poquito mejor y eso le está echando ganas porque tiene una nieta a su cargo, pero ella ahorita no la dejan manejar, no sale sola a la calle... uhm... fue un cambio muy, muy drástico en su vida de ella (*hubo un silencio de varios segundos, esperando que agregáse algo más*).

E: Comentaba que también tienen una hija...

B: Sí, mi hija.

E: ¿Ella también influyó en el ingreso de su marido a la institución?

B: Uhm... nada más iba a las terapias, bueno a las pláticas que teníamos de, de familia... porque era menor de edad y no dejaban entrar a ver a... al paciente, nada más yo entraba.

E: ¿Ella los esperaba afuera?

B: No, ella no iba, nada más iba a las pláticas familiares.

E: ¿Y cuáles eran los requisitos para entrar a ver a su familiar?

B: Uhm... yo tenía que tener un pase y... igual como él es... que está... internado, pues yo presentaba mi credencial y me daban el pase y yo entraba a ver a mi paciente...

E: ¿En dónde tenían a su esposo?

B: ¡Uy!... este... es en zona de hospitales.

E: Cuando lo iba a visitar, ¿en dónde lo veía?

B: Este... era una salita puras mesas de plástico con sillas de plástico, ahí eran las pla... la... las visitas, a sus cuartos no entrábamos, eran... los dejaban salir a la sala, de un lado estaban las mujeres y del otro lado estaban los hombres.

E: ¿Entonces nunca tuvo la oportunidad de... por lo menos ver, mínimo, su cuarto?, ¿cómo lo tenía...?

B: No, no nos dejaban entrar, incluso ellos tenían cada ocho días convivio entre mujeres y hombres... dice mi esposo que, que, eso no lo vi yo, dice mi esposo que, pues había convivios para que bailaran, convivieran, este, entre ellos, entre mujeres y hombres, incluso hubo bodas ahí... mi marido, este, me dijo "no es que... esta muchacha, este, quiere conmigo... y yo la verdad pues yo no quiero, lo que no quiero es tener otro problema contigo", y yo le dije que no, no hay problema, el problema es aquí, en la clínica no, este, no allá afuera, pero... pues no... yo lo tomé... pues normal ¿no?, de que... también ella estaba enferma y... y así lo tomé...

E: ¿Usted cree que este tipo de eventos que se realizan allá adentro les ayuda en algo a los pacientes?

B: Uhm.... Pues en... en un ratito dice mi esposo que en un rato... pues se sienten diferente, pues porque están conviviendo con otra persona, bailando, este, él di... él dice que él se sentía diferente ¿no?, incluso él no se decayó así de... de... de andar como zombie, pero él ayudó a muchas personas, este, a salir de su... depresión. Incluso me platicó de un chico que su es... su papá era abogado y lo obligó a estudiar la carrera entonces el chico no le gustó, no le gustaba la carrera y cayó en depresión porque el papá lo obligaba a que estudiara la carrera, y ahí lo dejaron, entonces cuando mi esposo supo, este, le dijo "no pues tú puedes ser lo que tú quieras, mas no lo que tu papá te... te exija"... incluso ellos después de salir de... del psiquiatra, se volvieron a encontrar, pero te digo que, de eso, ya tiene muchos años, este, ya entró a otro trabajo y ya no... ya no supimos de él.

E: Entonces ¿qué piensa usted acerca del convivio que hay entre pacientes?, ¿cree que es más efectivo entre ellos que entre paciente y médico?

B: Pues... ahí sí la verdad no te sabría contestar porque yo... uhm... cómo te diré... no, no, este, mi esposo se sentía bien, pero yo no lo veía bien porque... cuando ellos salían a... a tener su convivio había mucha... mucha agresión entre... equis persona, y ya si a ti te caía mal la persona de al lado porque no te prestaba su toalla o equis cosa, porque teníamos que... a su ropa, este, personal, teníamos que ponerle su...su nombre, las trusas, los calcetines, que es lo que les dejan entrar, este, porque si no se los robaban entre ellos.

E: Hablando de las cosas que les pertenecen o les llevan, cuando ingresó ¿se deshicieron de sus cosas personales?

B: De él... a él no, porque él cuidaba mucho las cosas, pero sí hubo personas... bueno, sus compañeros que les robaban sus pertenencias, es por eso que la institución nos obliga, a que... les pongamos su nombre a sus... a sus cosas, incluso la pasta, los dient... el cepillo de dientes, cosas personales, este, teníamos que marcarlos.

E: Y si se llegaba a perder alguna cosa, ¿la institución no se hacía responsable?

B: No... no pues... es por eso que nos decían que teníamos que marcarles las cosas, ellos se tenían que hacer responsables de sus cosas, pero ahí yo sí veo mal, porque si la persona está mal, ¿cómo se va a hacer responsable de sus



cosas?... yo, yo como... como esposa de un paciente yo lo veo mal... pues él está enfermo, él no está consciente.

E: Entonces, cuando entró vio a pacientes que estaban en peores condiciones que su esposo, ¿pero llegó a ver alguna vez si los pacientes eran ayudados por algunos de sus familiares?

B: Pues muchos no iban he... muchas de las veces que yo iba a, a visita, este, andaban ellos desesperados, viendo por las ventanas si iban los pacientes... porque había un pasillo y atrás de ese pasillo estaban los cuartos, bueno, sus recámaras, este... me dijo mi esposo que, que es por eso que la chica se acercó a mí, porque decía que yo era su familiar porque... los... los familiares los olvidan ahí, es por eso que, en vez de levantarse, este, se van para abajo, incluso este chico que te digo que, pues no era de, de, pues de recursos, este, bajos, era de nivel alto... sus familiares no lo iban a ver... ahí como que ellos se deshacen de la persona y, y ya, uno que otro si iba para que te voy a decir... a veces en la sala... éramos seis, ocho y tú sabes que en un psiquiátrico no hay ni seis ni ocho... *(silencio de algunos segundos)*.

E: Con respecto al ingreso de su esposo, su... ¿Cómo fue su ingreso a la institución? ¿Fue de manera obligatoria o él se internó voluntariamente?

B: No, él se sentía muy mal y... incluso yo lo acompañé a, este... a internarse... uhm... él fue con el... el doctor familiar y ya le dio una orden de que se tenía que internar, porque... la verdad yo no sé qué platicó con el doctor familiar, pero, a mí, el doctor familiar me dijo: "sabe qué, ahorita mismo él tiene que irse a San Fernando, bueno, ahí a zona de hospitales". El de San Fernando es del... del... de salubridad y donde está él es del seguro... donde estuvo es del seguro, pero es en zona de Hospitales... entonces, este, me dijo que ahí, en avenida San Fernando, y quién sabe qué cosa estaba el hospital, pues yo... yo lo llevé a... internarse, las dos veces yo lo llevé y... después yo tuve que regresar por sus cosas personales... la primera vez fue pues... si me fue más difícil porque tuve que entregarle tres pares de calcetines, tres pares de trusas, ponerle su nombre... ya la segunda vez ya no porque ya las tenía y se los llevó otra vez *(rio)*.

E: Su esposo le llegó a comentar... ¿cómo es que son los horarios allá adentro? Si tienen algo establecido, las comidas...

B: Sí, sí, todo eso lo tienen por horarios...incluso para ver la tele eran unos horarios... los medicamentos, la comida, la... el desayuno, este, todo, todo es por horario.

E: Y en dado caso de que alguien no obedeciera esos horarios, ¿había algo?

B: Uhm... pues... no les daban el medicamento, entonces obvio se ponían mal las personas, ¿no? Porque... ellos decían tener que formarse, se bañaban... se levantaban, se bañaban y tenían que ir a formarse para... para tomar el medicamento, este, en la comida igual tenían que formarse para agarrar su charola y les servían su medi... su comida y ya en la cena igual, pero ahí ya iban los enfermeros en la noche a dejarles el medicamento a cada quien, pero muchos no se lo tomaban, muchos lo tiraban... pues obvio nunca se iban a componer porque tiraban el medicamento... eran los que te digo que iban a la... ellos le dicen la... la... “el cuarto del sueño”, porque les ponen cosas (*señaló su cabeza nuevamente*) y les dan descargas este... eléctricas.

E: Eh... ¿Por qué razón iban a ese “cuarto de sueño”?

B: Pues eran los que no querían echarle ganas... o no querían saber nada de su familia, este, son los que tuvieron, este, mente suicida, este, o les gustaba que les dieran así las descargas...dice mi marido que salían bien contentos de ahí de... del cuarto de... ellos le decían del “cuarto de los sueños”, entonces salían relajados y todo, incluso ellos tiraban el medicamento para que los llevaran al cuarto...porque se ponían, obvio se ponían mal y los llevaban al cuarto.

E: ¿Les gustaba?

B: (*Inaudible*). Sí, incluso mi marido dice: “oye ¿por qué?”, ¿no?, “es que así me gusta porque se siente bien chido”, y mi marido me dijo “¿cómo crees?”, él le dijo: “¿cómo crees? ¿qué te hacen?”, y ya le dijo que le ponían unos cables (*señaló, como al principio, su cabeza*) y les hacían descargas, y yo, yo, yo como... como, este, esposa del paciente, a mí no me gustaría que le hicieran eso a mi paciente (*rio*).

E: Y durante su estancia, su esposo allá adentro... ¿los médicos lo pasaban a ver? ¿Pasaban a platicar con ellos o...?

B: Sí, eso sí, estuvieron muy atentos.

E: ¿Los médicos o los enfermeros?

B: No, bueno... los dos, iba el médico diario a... a revi... a ver cómo iba evolucionando. Ponen a los enfermeros a cuidarlos, si ellos se quedan sentados,

si están activos, si no hacen las actividades que ellos les ponen, entonces mi marido me dijo: “no, yo no quiero que me... que me lleven al... al cuarto de los sueños” ... y pues él... te digo que él jalaba a chavos así... que los veía pero super decaídos, él los jalaba “vente, vente, vamos a jugar” y ellos no querían y ya, “ándale vente, mira, como te sientes”, incluso él, este... platicaba con ellos y les sacaba por qué problema estaban ahí, este... y ya, pero él es muy... bueno ya después pensó pues... que lo que estaban haciendo estaba mal ¿no? Yo incluso le dije: “si tú sigues así, me va a doler con el alma, te quiero mucho, te quiero porque estoy aquí contigo, pero no toda la vida voy a... a aguantar eso”, entonces después de eso... uhm... me dio una parálisis facial, no sé si ves mi cara (*se acercó a la pantalla y señaló, con su mano, su ojo y su mejilla*), me dio una parálisis facial y salí embarazada... (*silencio de varios segundos*) ...entonces yo tenía miedo que mi hijo fuera a nacer con algo, ¿no?, por el medicamento que tomaba.

E: Okay... bueno, nos quedan cinco minutos para la entrevista... ¿quisiera agregar algo más?

B: Pues... lo que tú me quieras preguntar, ya que yo te contesto lo que más pueda, este, lo que más les inquiete a ustedes, yo le dije a Emma que yo... si ustedes me necesitan después yo estoy dispuesta a... a apoyarlas.

E: Muchas gracias... Sí, yo me quedé con una duda sobre... ¿cómo sus...?... bueno, en este caso su hija, ¿cómo enfrentó esta situación, de que su padre fuera ingresado?

B: Mira, ella, este, vivió lo mismo que yo, te digo que, que yo iba con mi hija cuando encontramos a mi marido en eso, entonces ella vio lo mismo que yo y a mí me decía “mamá déjalo, déjalo... él no te... él no nos quiere porque si no nos hubiera hecho eso”, incluso cuando él salió del hospital, este, le trajo varios regalos que le hizo allá adentro, le pidió perdón de rodillas, bueno, un show, ¿no? Pero... mi hija incluso se casó chica, ella dijo que ya no quería vivir con una persona así, ahorita no sé si sea eso lo que la dañó o no sé, este, se casó y tuvo un aborto y ya no, ya no... no sé si ya no puede tener bebés o ella es la que ya no quiere, la verdad no sé, pero sí vivió lo mismo que yo. Incluso salía de la escuela y los viernes se iba con mi mamá y ya llegaba hasta el domingo en la tarde en la noche, porque ella no quería convivir con él porque estaba molesta, yo le di tiempo, pues trabajaba, bueno... toda la vida he trabajado, pero en ese tiempo yo

trabajaba en... bueno yo trabajo en casas, este, y yo trabajaba, entonces como dice mi hija: “mamá tú siempre lo has apoyado en todo, ¿por qué pasa eso?” “pues sí, hija, pero es una persona, no es un animal para que lo botemos como... como alguien que no vale nada”, ¿no? (*silencio de varios segundos*).

E: Bueno si mi compañera no tiene nada más que agregar, yo creo que por hoy hemos terminado.

B: Ah, okey.

E: Sí, no sé si... (*la entrevistada intervino, pero fue inaudible lo que dijo*) ¿Mande?

B: Que tengan bonito día.

E: Sí, ay, gracias, no sé si nos podría regalar otras dos entrevistas más.

B: Claro que sí.

E: ¿Sí?

B: Ustedes quedan con esta niña y me dicen qué día y a qué hora.

E: Okey, muchas gracias.

B: Yo estoy dispuesta.

E: Gracias.

B: De nada.

E: Hasta luego.

B: Bye.

## ANEXO 9

### ENTREVISTA A VICTORIA

La entrevista se realizó el día 22 de febrero de 2021 a la señora Victoria por medio de *Messenger*, la cual se acordó por medio de mensaje, debido a que ella no contaba con alguna otra aplicación para que pudiésemos realizar dicha entrevista y por esa razón ella sugirió este medio para comunicarnos. Antes de comenzar, se le preguntó a la entrevistada si se podía grabar con audio, a lo que ella respondió de manera afirmativa.

E: Bueno, entonces, vamos a empezar, me presento, mi nombre es Diana Hernández y mi compañera es Emma Vargas, ambas somos estudiantes de onceavo trimestre de la carrera de psicología en la UAM Xochimilco y esta entrevista va a durar alrededor de 40-45 minutos para que no sea tan pesado, 5 minutos antes de terminar la entrevista se lo haremos saber para que vayamos

cerrando, no se sienta obligada a responder si alguna pregunta le incomoda y... Bueno, entonces para empezar con esto, le pregunto: ¿tiene alguna relación o ha tenido alguna con una institución psiquiátrica?

V: Este, como que se cortó el audio.

E: Ah, bueno, ¿si tiene...?

V: ¿Que si tengo una relación con qué?

E: Con alguna institución...

E2: Este... ¿nos podría contar si tiene alguna experiencia o la ha tenido con alguna institución psiquiátrica?

V: Sí. Sí la tuve en dos psiquiátricos, este, durante un mes y medio y posterior como 15 días, ajá, sí claro.

E: ¿Podría contarnos un poco más?

V: Ah ok, bueno yo, uhm... ingresé al psiquiátrico porque primero estaba con estupefacientes, bueno no, este, con anfetaminas... y con benzodiazepinas y... marihuana, en aquel entonces acababa de terminar una relación... hum... de un año con un fulano que, este, era más chico que yo, me clavé mucho y entonces pues no lo podía superar, perdí a mis hijos por estar con esa persona, entonces al ir al trabajo llego así, en estado... mal, crítico y me internan en ese momento, yo trabajaba, trabajaba en un hospital, me internan en ese momento y me dicen... pues, es que vienes mal emocionalmente, más que de... de otra cosa, necesitas ir al psiquiátrico porque, pues yo no me controlaba, estaba muy enojada, gritaba y... Y estaba muy iracunda, eh, tenía mucha tristeza... Mmm y de ahí estuve dos días internada, me mandaron al hospital de Morelos, al psiquiátrico de Morelos que está ahí por... Ay... Bueno, no me acuerdo, pero, este... es del IMSS, estuve ahí unos 15 días, y bueno ahí empezó, mi proceso, uhm, de... de... sanación por decirlo así y... Pues nada, je, ahí empecé a conocer qué era un psiquiátrico.

E: Okay... ¿Cuál fue su sentimiento cuando entró o cuando...?

V: No sé si me escuchan je.

E: Sí, ¿ustedes me escuchan?

V: Pues en el momen... Sí, sí se escucha. Sí, en el momento fue desconcierto, este... Miedo, miedo porque, veía a otras personas que más, eh... pues, lo voy a decir muy coloquial más locas que yo, más enfermas que yo, entonces, me dio mucho miedo, eh, no podía creer que yo estuviera ahí, eh... Estaba desconcertada y... me sentía mal, doblemente mal, me sentía más triste todavía,

y pues no, como que tengo el sentimiento ahorita de, una sensación como de llorar, ja... Y, estuvo feo.

E: Okay. ¿Podría contarnos un poco sobre el trato que recibió adentro?

V: ...Bueno, cuando yo llegué ahí, este, no fue muy bueno, eh, te tratan como un es... Como si tu fueras extraña, eh, hubo de todo, la verdad es que hubo de todo, unos compañeros, porque, yo soy enfermera, y mi experiencia fue difícil porque, siendo enfermera no quería que supieran que me dedicaba a eso, sin embargo, pues es como requisito ahí saber de dónde vienes, qué eres, qué haces, a qué te dedicas, y te preguntan cuando hacen sus, sus círculos, entonces, eh, yo al estar ahí me sentía rara y juzgada, juzgada en mi experiencia porque eran compañeros, juzgada porque... Me veía mal a mí, amm... Me veía a mí mal, me veía triste, eh, sin valor, porque yo había caído ahí, y uhm, no sé, me sentía como humillada, entonces, al mismo tiempo veía a todas las personas y me daba muchísimo miedo, este, que se fueran a alojar, porque es un hospital mixto de hombres y mujeres, entonces, este, yo sentía esa como... como paranoia de que me fueran a, a agredir, el personal, al principio, eh, al sentirme así, humillada y demás, el personal al principio, como sabían, fueron tratándome de alguna forma, uhm, bien, pero los demás, este, turnos que no sabían quién era o así... Eh, fue, la verdad, muy, muy fea la, el trato porque... Si tú por ejemplo haces un, un, me refiero a eso porque, si tú haces un gesto de agresión, si tú lo ves afuera en la calle dices ese está loco, ¿no? Ay, loco, agresivo, pero si tú haces esa agresión en un psiquiátrico, es, no, inmediatamente hay que darle el sabanazo, meterlo en el cuarto donde están los más, este, intensos, y cuando no es así, o sea, yo empecé a desquiciarme y a desesperarme de estar encerrada, yo no quería estar con esa gente y al sentirme así lo único que hice fue gritar, ponerme más de malas y entonces me dieron más medicamento, y entonces me apartaron de las demás porque no les fuera a hacer daño y en mi consciencia no era así. Era, es que yo no quiero estar dañándome con estas personas, no quiero que me estén dando más medicamento, y te rebelas, y mientras más te rebelas, más te someten, entonces es como, uhm, no es una ayuda, ¿no? Por otro lado, la parte médica, este... Muy fríos, eh... Y eso lo recuerdo así horrible, te sientes como en laboratorio, como ratón de laboratorio, porque, entiendo que tengan prácticas los chicos y, los que están haciendo psiquiatría o no sé, pero si ya de por sí tienes todos los sentimientos hechos bola, o sea, todo, todo, la mente, todo, los

sentimientos, cabeza, todo, y el ver a todos ahí, observándote, lo que estás diciendo y, y, y yo al menos me sentía así como, uh, muy observada, muy juzgada, todos haciéndote preguntas, todos mirándose y observándose unos a otros, uhm, no, carecían de, de, calidad, de tener esa calidez, y, y eran muy fríos, entonces así como, hasta cierto punto los sentí como burlándose, así como "ay señora por favor, ¿cómo puede sufrir por eso? A ver, y no ha pensado esto y, o sea, a ver vamos a darle más medicamento porque probablemente usted tiene ahí un, un problema de, de personalidad, aún no sabemos". Entonces, ir terapia con terapia, eh, no siempre me tocaba el mismo médico, a veces me tocaba el residente, a veces me tocaba el de base, y entonces se fue como muy desordenada esta, esta atención, eh, igual y por parte de enfermería, era muy, son muy... fríos, muy limitados. Pues no sentí ese calor, no sentí esa humanidad, no sentí ese, esa... buena atención, la verdad es que te dan lo que pueden, como pueden y como quieren, este... Pues, no sé, me dio una crisis, yo ya no quería estar ahí y me mandan a otro hospital, al hospital de Xola, eh, me encontré con compañeros muy agresivos, muy agresivos, eh, tratando mal a los compañeros que, creo que ahí estaba más pesado todavía porque me tocaban compañe... bueno, pacientes al lado de esquizofrenia y eran muy agresivos con ellos, muy groseros, uhm, eh, muy altivos, entonces yo a veces me desesperaba y decía cómo pueden tratar así y cuando yo empezaba a poner agresiva, a ponerme agresiva, decía: "es que ¿por qué los tratan así?" "Tú también", ¿no? (*la entrevistada rio un momento*). Entonces, este, no sé, a grandes rasgos yo lo que puedo percibir es que hay de todo, hay de todo, pero sí, los médicos te tratan de una manera muy impersonal, muy fría, muy uhm, tienen como sus diagnósticos estandarizados, es así como "¿ah sí?, dale estos chochos y ya con eso", o sea, no se toman como la, la parte psicológica en serio, sino a lo que se dedica un psiquiátrica, este, veo tu, tu sintomatología y más o menos creo qué es, eh... Yo siempre que iba a, entraba al, igual acá, entraba a las terapias, no terapias, sino como la consulta porque no te dan terapia, es consulta, me daban la consulta igual, igual, los, los, ay, internos y los... Bueno, los que están haciendo la especialidad, preguntándote uno, pero preguntándote otro, pero preguntándote otro y lo que te causa es estrés, te causa desconcierto, te causa enojo porque si a uno no le parece tu contestación, en mi caso fue así, uhm, "o sea, a ver señora, no le preguntamos eso". Y cuando tú estás en un colapso, estás en otra situación

que no sabes ni qué responder porque no vaya ser que vayas a decir algo mal y entonces te tachan de que estás más loca y necesitas más medicamento y a lo mejor tienes una personalidad disociativa o una personalidad, este, evitativa o, entonces yo evitaba decir, ah, algo que no, o sea, trataba de ponerme lo más cuerda, entonces, era absurdo porque ah, no sé, en mi caso era absurdo porque yo decía, ¿por qué tengo que hacerlo si estoy con los psiquiatras? Evidentemente no me daban esa confianza, evidentemente no me sentía, este, uhm, eh, apapachada obviamente yo creo que eso es algo muy importante, a lo mejor no que te hablen con flores y corazones, pero sí darte esa seguridad de que quien te está tratando es un profesional y que no se burla de ti, porque se burlaban de mí, el doctor se burló de mí, cuando yo le dije: es que ya estoy bien, "ja ja ja, ¿qué vas a estar bien?, si eres adicta a las benzodiazepinas, por favor, mujer". Y entonces eso en, en el afán de ayudarme, me desaprobó, me sentí peor, y este, conforme fueron pasando los días, eh, el personal de enfermería se fue turnando cierta, cierto, a cierto punto agresivo, porque pues yo era grosera, y entonces si eres grosera, entonces estás loca y entonces hay que tratarte mal, entonces cuando pides algo no te pelan, cuando les dices oye, les haces una pregunta te ignoran, eh, cuando te enojas y les contestas mal y les dices oye es que sí estoy loca pero, te ignoran, entonces, o te avientan las charolas, de comida, o te ven como loca y, y lo que hace pues que tú te sientas, pues más distante ¿no? No sé, o sea, eso fue, a grandes rasgos, lo que sentí en esos momentos, como yo lo viví, este, en cuanto por ejemplo a atención, uhm, multidisciplinaria entre el, por ejemplo, los de la cocina, entre los de dietología, entre todos ellos, uhm no toda la gente es fea y cruel, al menos yo creo que recibí, por ejemplo, un "con cuidado" del de intendencia, o, o, o la gente que a lo mejor no tiene nada que ver directamente con nosotros como enfermos, era como más, uhm, no sé cómo empática ¿no? Entonces, eh, para mí, uhm, el hecho por y se los comento porque un, conocí a una de intendencia y ella me decía "no te preocupes, yo pasé por una situación similar, yo sé que estás pasando, yo te creo, este, y aunque no lo supiera eres un ser humano", o sea, esa parte cálida que no la recibí de las personas que debí, debería haberla recibido que era del médico-enfermera, o esa empatía la recibí de, de una chica de intendencia. Entonces, este, ahí yo dije uff horrible, o sea horrible la atención, muy sistematizada, no lo ven en particular, o sea es así como "tienes ciertos rasgos, características, dale tal medicamento" y



yo así de: pero es que este medicamento me está durmiendo la mano, es la quetiapina, me está, eh, me está dando vueltas la cabeza con la olanzapina, se me está durmiendo la mitad, "ay, redúcele la dosis, quitale la dosis" y hasta ahí, pero nunca hubo un trato, un trato o un, uhm, una charla bien, como, por ejemplo, ahorita estarles exponiendo ¿no? Todo, no, era muy sistemático, eh, "¿cuántas veces siente nervios? ¿Cuántas veces, este, siente que se enoja? ¿Se cayó de chiquita?" cosas así que dices, a mí eso no me ayuda en este momento, aunque para ustedes, y lo puedo entender para ellos es relevante, ciertas cosas, había cosas que a lo mejor son más del corazón, del alma, y ellos no lo ven, son muy sistemáticos, ciertas características, dale este medicamento, ponte a ver esto. Yo salí con un diagnóstico de trastorno borderline o TLP, este, eh, y a la mera hora pues, que no, que no lo tenía, entonces, yo no me quise casar con ningún diagnóstico, eh ese, trastorno del límite de la personalidad, uhm, no me caso con él porque hay ciertas características que yo no tengo y no me lo quiero creer, este, sin embargo, hay, por ejemplo, como hoy, momentos en los que estoy deprimida y, este, y entonces digo ¿será cierto? (*rio*), creo que voy a volver al psiquiátrico, pero, por cómo me trataron, no regreso, no regreso, la verdad es que no, este, yo creo que si quisiera, eh, tener una atención más, eh, específica, no iría a un psiquiátrico, aún que lo necesite, no iría, no iría porque más allá de ayudarme, me, me trastornó más, fue una... ¿Cómo decirlo?... Fue una experiencia muy fuerte, muy muy fuerte, pero... Prefiero aguantarme mis signos y mis síntomas y mi depresión a volver a ir ahí, donde me hacen sentir peor, donde no tienen esa humanidad, esa calidez, y me volví más, más uhm, empática con las personas porque... bueno, este, yo no permitiría que, este, alguien más fuera a caer a un psiquiátrico ¿no? Si en mí está apoyar a alguien que se siente mal, así, eh, lo hago, pero decirle que se vaya a un psiquiátrico, en mi experiencia, no, nunca más, nunca más, y yo no iría, aunque lo necesite, prefiero encerrarme, leer un libro, usar métodos, respiraciones, no sé, eh, agarrarme de todo antes de pisar un psiquiátrico... Fue muy fuerte para mí la experiencia porque, a parte ver cómo tratan a los que de verdad están mal, que tienen esquizofrenia, y en vez de entenderlos y verlos desde un... punto de vista más o menos objetivo, se enganchaban en el enojo o en la locura del esquizofrénico y lo envolvían en sábanas y lo encerraban, ¿no? O les metían inyecciones, entonces... No, no, no,

este no es humano, a veces no es humano la, la este, la atención, la verdad no, fue horrible mi experiencia y pues no sé si les sirva de algo (*sonrió*).

E: Sí, ¿usted llegó a hacer amistades allá adentro con pacientes?

V: ... Sí, sí...perdón, ¿qué? (*Hablaba con alguien más que estaba en su cuarto*).

Bueno, ¿sí me escuchan?

E: Sí.

V: ¿Sí me escuchan?

E: Sí.

V: ¿Si me escuchan?

E: Sí

V: Sí, ah, este... Pues, sí, sí llegué a hacer amistad, sí, claro... ¿Qué me preguntaron? Sí con una, un señor que tenía esquizofrenia, uno que tenía trastorno obsesivo compulsivo, otro que... Este... no me acuerdo que tenía esa señora pero, uhm, era como hipocondríaca al mil, la verdad, pero, otra porque la dejó su marido y estaba en una crisis nervios.... en una crisis existencial y nerviosa y, pe... eh, bueno ella me lo contó, pero no me dijo qué diagnóstico tenía, el único que me dijo que tenía diagnóstico fue un compañero y sí, sí hice amistades con ellos, ajá...

E: ¿Entonces la relación que construyó con los pacientes fue más efectiva que paciente y médico?

V: Sí claro, sí de hecho hubo un momento en que, yo a veces veía tan triste a los compañeros o en su rollo, que yo lo que hacía era alentarlos y me acuerdo que una vez le dije a, a un compañero que, bueno, a un compañero, a un enfermero, le dije que sí nos podía prestar un balón de basquetbol y, este, y empecé a jugar con los compañeros, a salir al patio y jugar y empezamos así como a tener una buena amistad, no con todos porque otros están como en, idos, y este, pero, al menos con unos cuatro sí, sí este fue bonito porque nos estábamos apoyando, tanto el que tenía esquizofrenia como el que se le murió, se divorció, como la señora que, que tenía hipocondría de todo, este, no sé, tratábamos de jugar, de, de enfocarnos en cosas que pues lo único que teníamos ahí era eso ¿no? Porque pues no podíamos ni meter ni plumas, ni un papel, ni un libro, ni, ni una, este... nada, entonces pues nuestro único juego era ese, y sí, o sea, cuando comíamos convivíamos, comíamos, pero convivíamos, cuando, este, ya estábamos hartos,

eh, nos salíamos al patio a platicar y cada uno, pues nos fue contando su experiencia, ajá.

E: De acuerdo, eh, ¿cuando usted ingresó al psiquiátrico fue de manera voluntaria u obligatoria?

V: .... Fue obligatoria, fue obligatoria porque yo estaba internada, o sea, me internaron, estaba internado en el hospital y yo no daba como mucha razón, estaba como ida y me llevaron en ambulancia, o sea, del hospital estaba en la Raza internada y de ahí me llevaron al psiquiátrico, al Morelos, y del Morelos igual en ambulancia hasta... Hasta, uhm, ay, de Villa, ay, el otro, que es el psiqui... La 10, creo... ¿Villa de las Flores? No, ¿cómo? Ay, al otro, sí, es que me llevaron al otro psiquiátrico, que les dije ahorita, pero ya se me fue, pero bueno, sí, fue de manera obligatoria, los dos, a los dos psiquiátricos.

E: Okay. ¿Y con es...?

V: Ahora que menciono... Ay, perdón.

E: No, siga.

V: Ahora que menciono este, que no me permitían tener ni un lápiz, un libro, no me permitían tener algún objeto personal, o sea, que llevara algo con lo que, poder entretenerse, si quieren... Nada, nada porque pensaban que nos podíamos hacer daño, lo único que podíamos tener era un shampoo, este, una toalla, chiquito, eh, un pijama, un cambio de pijama, se acabó, umm, pasta de dientes y cepillo de dientes pero en una bolsita donde ellos lo tenían controlado, porque no lo... Pues sí, ya, no nos permiten plumas, libros, hojas, este, nada punzocortante, nada, nada, nada, no sé por qué... Bolsas, bolsas de plástico, nada de eso, porque nos podía... bueno en su, en su, este, su razón es que, pues nos pueden, nos podíamos lastimar, cortar, asfixiar, cosas así, no nos permitían nada...

E: ¿Y allá adentro tenían actividades...?

V: Ay perdón (*se le cayó la cámara*). Nada, no, no teníamos nada, eh, de hecho, yo le comentaba al... Nada, al enfermero, que, si podíamos llevar juegos de mesa, tampoco, lo único que podíamos hacer bajo vigilancia, era, este, tenía como un, una cajita donde tenían un jenga y cosas así, muy chiquitas, pero no, o sea, muy raro que nos lo prestaran, no nos dejaban jugar con nada, con nada, o sea, literal es dormir, comer, tus chochos, volverte a dormir, en el psiquiátrico, en el de Xola, en ese. Y en el otro era dormir, bañarte, salir un rato al patio, a convivir con todos, hombres y mujeres, comer, y darnos charlas de higiene o cosas así,

las enfermeras, ah, o a veces nos dejaban estar un ratito ahí en, es en el de Morelos, nos dejaban ver como había una pantalla y nos dejaban ver un ratito la tele, era todo, no, no había como mucha convivencia con nosotros, nada más nos observaban, ajá.

E: ¿Entonces nos platica que no tuvo ninguna terapia psicológica o reuniones con doctores?

V: Uhm... sí, o sea, pero solo con los, solo con los, eh, ¿cómo se llaman? Los psiquiatras, pero los psiquiatras, como les comento, muy sistematizado, era, eh, “¿cuándo te pasó esto?” Este, “¿por qué... uhm, por qué empezaste a tomar?” “¿Por qué empezaste a tomarte las pastillas?” Eh, “¿qué te detonó eso?”, eran preguntas pero no era... yo anteriormente ya había ido con psicólogos, entonces sí hay como diferencia entre un psicólogo y un psiquiatra, ¿no? Entonces, este, eh los psiquiatras así de: ¿y cuál es, cuál... qué sientes? Y yo así de: “pues que me sudan las manos”, ah, es normal por la fluoxetina y eso te tiene que durar siete días y hasta 15 días que haya la recaptación de la serotonina y así, y ya, y yo quería que me preguntaran algo, no sé, más a fondo, y pues no, era como muy simple.

E: Con todo esto que nos comenta, ¿usted cuál cree que sea la finalidad de un psiquiátrico?

V: Pues yo creo de observar, nada más, en la evolución de cada paciente de acuerdo a su, a su patología, mental y... Sirve como, de contención momen... o sea de contención, en momen... en el momento donde hay una crisis muy fuerte, donde algo, es algo que te rebasa y tú no puedes controlarlo, ni tus familiares saben cómo y entonces necesitas ir a un lugar donde te puedan dar, si no es atención super guau, pero sí por lo menos que te vigilen y que cuando te tomes los medicamentos, eh vaya haciendo el efecto ¿no? Eh, creo que la finalidad, o como yo lo vi, es nada más de contención, eh, de la situación, porque, pues el padecimiento va a estar ahí siempre, entonces, y que se lleve el tratamiento al menos los primeros días para que te pueda, se pueda como estabilizar un poco, hasta ahí, pero otra cosa que yo creo, no, no, o sea, no te curan el alma, te calman la emoción, te calman, eh, eh, lo que no puedes controlar, ni tus familiares, que alguien sabe que tienes que, que te tienes que tomar el medicamento va a estar ahí, y que tienen ese compromiso y que tienen que estar ahí, pero nada más, o sea, calman y lo vuelvo a repetir, calman la emoción,

calman la psicosis, calman el, el estrés, por medio de tratamiento farmacológico y vigilancia, es todo, ajá.

E: Después del primer ingreso cuando regresó a su casa, ¿sintió una mejora que estando en el psiquiátrico?

V: No. Me sentía tranquila por los efectos del medicamento, pero emocionalmente me seguía sintiendo mal, o sea, me daban los efectos del medicamento, de la quetiapina, y me daba como, temblores, psicosis, bueno, este, sentía como... Me sentía como en un sueño, eh, lo que estaba viviendo allá y luego ver mi realidad, me sentía como disociada y aún sigo como, padeciendo esas disociaciones de vez en cuando. ¡Ay!, *(se le volvió a caer la cámara)* ay, perdón. Este... No, y, y sí hubo un, la única diferencia es que, bueno, aquí en mi casa, pues estaba con mi mamá y mis hermanos y pues sentí ese calor, pero la parte del, del medicamento y de la, de lo que traía encima, no, no se iba, no se iba, se calmó, estaba calmada, tranquila pero no se iba, lo tenía ahí. De hecho, salí con... con más, este, como con cierto estrés... Bueno, no estrés, después de, de... ¿Cómo explicarlo?... Salí tranquila por el medicamento, pasando el efecto del medicamento sentía estrés, estrés de decir: “¿y si... y si me deshabeto en este momento, porque no me siento bien?”, y me volvía a tomar el medicamento. Y pues así, así me sentí, sí.

E: Entonces, ¿para ese entonces ya sentías que necesitabas el medicamento?

V: ... Pues sí, sí de hecho, o sea, una vez que me lo dieron en el hospital, ya no lo dejé, hasta como al, o sea, desde que yo llegué al psiquiátrico me medicaron, olanzapina, quetiapina, fluoxetina, este, uy no me acuerdo cuantas cosas, me fueron *(ininteligible)* pero me fueron quitando una, poniendo otra, poniendo otra, quitando otra y este... Y, entonces yo decía bueno... Salgo de ahí y yo digo, yo necesito el medicamento porque me sentía dormida, me sentía, sentía tranquilidad con los medicamentos, cierta tranquilidad porque la quetiapina es un somn... Bueno, a mí me hacía dormir horrible, es un, creo un antipsicótico, y este, y me hacía dormir, entonces me sentía tranquila, pero pasaban 2-3 horas y me sentía mal, yo, yo tenía la necesidad de meterme algo y me volvía a tomar el medicamento, entonces empecé a entender que sí necesitaba el medicamento. Cuando veo que empiezo a bajar de peso, de peso, de peso, digo si necesito el medicamento, pero ya no puedo, o sea, me estaba volviendo anorexica, no como, me da asco todo, este, me, me sentía como muerta viviente y entonces, digo, dejo

el medicamento, renunció al tratamiento. Y nada más este, renuncié al tratamiento como medio año y volví a tomar fluoxetina, eh, pasando el medio año volví a tomar medicamento, como, ¿qué será? Como medio año más, o sea, cumplí medio año, medio año lo dejé y otra vez medio año lo, estuve con el medicamento y ya después lo dejé, dejé el medicamento dije ya no más, ya no más. Y yo creo que ahora sí, otra vez nece... No he llevado ese compromiso de tomarme el medicamento todo el tiempo porque me empiezo a poner mal, entonces me pongo, uhm, en cierta forma me estabiliza emocionalmente, pero bajo de peso, no me da hambre, me duele la cabeza, se me sube la presión, este, me siento mal físicamente, super mal, entonces es así como me quita uno y me, uh, me, me jode otra cosa, entonces así de... Por ejemplo, ahorita no tomo nada de medicamento, estoy pasando una ansiedad horrible, me duele el pecho y hago respiraciones, y digo voy a hacer, necesito el medicamento, pero es difícil, no, mejor no, no, no, no, sé cómo me pongo mejor no, y este, y no tomo nada, nada, ahorita estoy así, ajá. No sé, ja. Sé que está mal que no tome el medicamento pero... Ajá.

E: Pero si no tomas el medicamento, ¿cómo...? ¿Cómo te hace sentir? O sea, ¿sí puedes estar sin el medicamento?

V: Sí, de hecho, uhm, hay, tengo como ciclos, uh, por ejemplo, meses estoy bien y como dos meses no y, pero, o sea puedo detectar ¿no? O sea que me está haciendo daño y... Cuando pasa eso de que me siento mal, eh, hago relajaci... Me relajo o busco un libro, eh, me he apegado mucho a la biblia, en la religión, me tranquilizo más, me está ayudando más, hago mucha oración o, uhm, me, agarró una, cuando veo que ya no puedo con todo lo que siento, agarro una almohada y grito, grito, grito, grito y lloro lo que tenga que llorar y... Y me siento más tranquila y pongo música, la que me gusta, me pongo a bailar, me pongo a hacer ejercicio y eso me ayuda, pasa y ya me estabilizo, y así, pero evito tomar medicamento, evito tomarlo, entonces lo que hago es ejercicio, este, algo que me encanta, me encanta es bailar, uhm, pongo la música que me, que me recuerda cosas bonitas y me hace feliz y, y ya se me quita un poco, no, sí se me quita, de repente salgo, eh, o me voy a un, ahorita no, pero, me voy a la naturaleza, a mí me llena mucho estar en la naturaleza, me hace muy feliz, o sea, no sé, y cuando estoy muy mal que ya no puedo conmigo, lo primero que hago es escapar, escapar, eh, sé que esto no está bien, lo primero que hago es escapar, me voy a un lugar donde haya

naturaleza y me quedo ahí, y esas son como mis, son como mis aspirinas, ya no me, trato de no tomar medicamento.

E: Bueno, okay, eh, estamos a unos cuantos minutos de terminar la entrevista, no sé si quisieras agregar algo más.

V: *(Dio un largo suspiro)* Ah, pues mira, ehm, uhm, bueno, enfocado a mi experiencia, fue esa, eh, les hago saber que en este momento me trae muchos recuerdos y, ah, estoy, perdón, muy sensible, y fue muy fuerte, muy fuerte por, por, porque vi como muchas personas estamos rotas del alma, que estamos, como otras están fuera de este mundo y como no podemos entenderlos y ser más humanos, eh, fue muy fuerte pero también muy, me ayudó mucho a, a ser más fuerte yo y pues nada, uhm, por algo tenía que hacer esta entrevista para que recordara quién soy en estos momentos y les agradezco mucho, la verdad les agradezco mucho porque creo que contarle me está ayudando a sanar, me siento un poco más, eh, liberada.

E: Exacto.

V: Ajá. Sí, muchas gracias.

E: Yo creo que eso sería todo por hoy, agradecemos mucho su historia, su honestidad y la confianza para contarnos su experiencia.

V: Muchas gracias, chicas, y solo les puedo decir que lo que hagan, lo hagan con mucho amor y, y para ayudar siempre al otro.

E: Sí.

V: Muchas gracias.

E: No, gracias a usted, este... en dado caso que necesitemos otra entrevista, ¿no sé si podría brindarnos otra entrevista otro día?

V: Claro.

E: ¿Sí?

V: Claro.

E: Bueno, entonces, la verdad, yo, en lo personal, me alegro de que le haya servido esta entrevista también a usted, de que se haya liberado un poco de ese estrés, de lo que trae atrás también...

V: Sí. Sí pues recordarlo es fuerte pero sanador.

E: Exacto. Bueno, entonces gracias por la entrevista de hoy y le mando un mensaje para quedar otro día, ¿de acuerdo?

V: Claro que sí, claro que sí, chicas, les agradezco y cuidense mucho.

E: Sí, igualmente.

E: Gracias, igualmente.

E: Bye.

V: (Rió) hasta luego.

## ANEXO 10 ENTREVISTA A RAMONA

Entrevista realizada el día 22 de febrero de 2021 a una mujer de 40 años aproximadamente. Se acordó realizar la entrevista por la noche a través de la aplicación *Messenger*, ya que no podía acceder a otra plataforma de videollamada. En ese primer encuentro se le explicó el encuadre de la entrevista y, aunque hubo disposición por parte de la entrevistada para realizarla en ese momento, las condiciones no eran óptimas.

E: Buenas noches, ¿cómo está?

R: Hola buenas noches, bien, algo cansada por el trabajo, pero todo bien.

E: Qué bien, en unos segundos comenzamos, solo esperamos a que se conecten mis compañeras de equipo. Le recuerdo que las tres somos estudiantes de psicología de la UAM Xochimilco, estamos en onceavo trimestre, esta entrevista tendrá una duración aproximada de 45 minutos, si desea mantener su identidad en anonimato puede apagar su cámara y cambiaremos su nombre...

R: No, no por mí no hay problema.

E: Okay... ¿Nos permite grabar la entrevista?

R: Sí está bien, ay, ya están entrando.

E: Si, mire ella es mi compañera Emma y Diana y bueno yo soy Miroslava.

R: Hola, Diana, ¿qué tal?, mucho gusto.

E: ¡Hola!

E: Ya tuvimos ayer el gusto de presentarnos.

R: Sí claro que sí... pues ustedes pregunten y yo les contesto...

E: Bueno, pues sería básicamente si ha tenido alguna experiencia con algún hospital psiquiátrico.

R: Sí, sí, eso fue hace como... que será... como 16-18 años... este... estuve internada en el Ramón de la Fuente Muñiz... en el hospital psiquiátrico Ramón de la Fuente... y estuve hospitalizada... uhm... por un lapso de tres años



intermitente, entraba, salía, entraba, salía, entraba, salía... fue como por tres años y fue por... depresión que se convirtió en principios de esquizofrenia... y bueno... cosas de ese tipo... (*hubo silencio algunos segundos*), pero al final este... pues creo que todo era depresión nada más que si se... se fue como trastornando un poco lo de... mi depresión en... un poquito de esquizofrenia, en un trastorno límite de personalidad, cosas así, fueron los diagnósticos que me dieron entre todos, pero... todo se derivó de una depresión... (*silencio de varios segundos esperando si agregaba algo más*) ¿Qué más quieren saber?

E: Podría explicarnos esta parte de...bueno, en el tiempo que... (una de las integrantes del equipo trató de intervenir dado que hay un poco de atraso en el audio). Lo siento, adelante, por favor.

R: A ver, una por una (*rio*).

E: Sí, no sé, podría comentar o hablar un poquito más sobre su experiencia, ¿fue voluntario su ingreso o fue obligatorio en la primera?

R: Eh... fue voluntariaaamente a fuerza (*rio*), la verdad es que... no estaba en mis cinco sentidos... uhm... la depresión ya había llegado a un límite muy, muy alto en el que yo ya... no... me perdí, me perdí, les puedo decir que de esos tres años... hay muchas cosas que yo no recuerdo... en... los que... pues... por lo que me cuentan mis familiares y así... uhm... pues me perdí totalmente, llegaba un momento en el que trataba de estar consciente y mi cerebro se desconectaba, entonces... tenía desmayos involuntarios... este... tenía crisis involuntarias... uhm... lo único que yo quería era morirme... en ese momento de la... cuando estás en depresión pues sí es... es de riesgo este... el pensar en morir ¿no? De hecho yo me hacía mucho daño, yo... yo me buscaba el cómo cortarme, con qué... qué tomarme... uhm... pues porque yo quería terminar con mi vida realmente pero era... pues parte de la depresión que yo traía... entonces cuando decidieron internarme, obviamente en los psiquiátricos, no te internan si no es consentido por ti... si tu no firmas no te internan, entonces este... pues sí, yo firmé de alguna manera, inconsciente-consciente o media consciente porque uhm... yo ya no sabía qué hacer, la verdad es que ya no sabía qué hacer y sí, este... fue como que me... me ingresó a un hospital psiquiátrico... (*esperamos unos segundos a que continuase*) ¿Otra preguntita?

E: Mmm... durante el tiempo que estuviste ingresando, ¿cómo era el trato que tenían hacia ti los... los médicos y el personal que está en la institución?

R: El trato en ese hospital en específico, porque fue el único que pisé (*rio un poco*) ... realmente ahí me quedé, fue muy bueno, fue muy bueno. Ese psiquiátrico tiene alas de... según la enfermedad es el ala a la que te ingresan, a la ala de mujeres, tienen alas de hombres, estamos totalmente... estaban totalmente separados, y este... pues fue muy bueno, la verdad es que... me atendieron excelente, dice mi mamá: “es un hotel de cinco estrellas”, porque tienes tu propia habitación, uhm... los medicamentos son muy puntuales para dártelos, uhm... tienes terapia psicológica... ocupacional, terapi... o sea tienes atención psiquiátrica, creo que sí es uno de ... es un hospital, yo pod... hablo por él, por ese hospital y es muy, muy buen hospital, te atienden excelentemente y, este... no no tengo queja en lo personal de ese hospital, excelente servicio... si quieren trabajar ahí, se los recomiendo (*rio*).

E: Entonces...

R: ¿Alguna otra pregunta?

E: Sí, ¿usted piensa que esto de estar ahí en la institución le ayudó a mejorar su estado?

R: Uhm... (*se quedó en silencio varios segundos*) la institución hace... su trabajo, que es tratar de bajarte un poquito los... la euforia o la depresión a base de medicamentos, de terapias... pero hoy en día puedo decir que si tu no quieres salir... (*bajó un poco el tono de voz*), yo creo que por eso estuve tanto tiempo entré, salí, entré, salí, mucho tiempo, porque te... ellos te resguardan veintiún días y no puedes salir... (*inaudible*) ... ahí estás, encerrada veintiún días para poder estabilizar tus emociones, y después de esos veintiún días ellos te dan un permiso para que puedas estar con tu familia y ven cómo te desenvuelves en el exterior... desgraciadamente si tú no quieres salir... (*volvió a bajar el tono de voz*) que como fue mi caso, o sea yo no... no estuve lista por mucho tiempo, o sea yo salía y recaía, salía y recaía, y me volvían a guardar otros veintiún días, volvía a salir y volvía a recaer, fue un lapso muy muy largo, en mi experiencia yo creo que el hospital hace lo, lo humanamente posible para que tu salgas pero... depende de uno como paciente que aprenda a manejar sus emociones, entonces a mí me costó mucho trabajo y... y de un de repente dije... fue cuando reaccioné y dije: “¿Qué estoy haciendo?”, y fue como... como logré empezar, yo sola después de mi último internamiento dije: “no es... ¡¿Qué estoy haciendo?!”, no sé, no sé cómo decirles, algo me hizo reaccionar y... y... darme cuenta de... pues que había

perdido mucho tiempo de mi vida en un hospital. No creo que tenga que ver el hospital, más bien tiene que ver con... uno como persona si realmente tiene las ganas de salir adelante o algo... o de aprender a manejar sus emociones.

E: Durante su estancia en la institución, ¿los ponían a hacer actividades o tenían horario para ciertas cosas?

R: Sí, sí, en esa institución todo era... tienes un horario para levantarte, bañarte, arreglarte, este... desayunar, ehm para bajar a hacer este... terapia ocupacional, te ponen a hacer terapia ocupacional, referente a al... tratamientos que llevas individual, este... ellos manejan unos horarios para tus citas en los que ellos van a tu habitación los psicólogos y los psiquiatras y... pues te preguntan, ¿no?, como siempre, “¿cómo vas?, ¿cómo te sientes?, ¿qué sientes?”, ehm todo lo manejan por horarios, inclusive (rio) este... hay un área, ellos te permiten fumar, a las personas que quieren fumar durante el día, pero... uhm porque generas mucha ansiedad al estar encerrada, entonces ellos te permiten un cigarrillo cada hora, hay un área donde puedes fumar, no sé ahorita, eso fue hace muchos años... hay un ala donde puedes... nos reunimos todas las pacientes (rio) a fumar y a platicar nuestras experiencias, pero también hasta para eso tienen un horario, un horario para medicamentos, un horario para que fumes, un horario para que te bañes, la verdad es que no tengo queja, creo que fue un muy muy buen trato el de la institución... y saben cómo mitigar esa ansiedad, eso sí... si tú fumas y estás muy ansiosa te pueden traer tus cigarros, pero si, este... las visitas si estaban como más restringidas, cosas así pero si para todo hay un horario, para todo tienen manejado un horario y si te dan terapia ocupacional.

E: Y en dado caso de que alguien no siguiera estos horarios, ¿había una repercusión o algo?

R: *(Se notó a la entrevistada hablando, pero no se escuchaba)*. No, no, realmente no... obviamente hay pacientes.

E: No se escuchó.

R: No... no, no hay repercusiones, pero obviamente hay pacientes que... pues llegamos a tener crisis, que llegamos a tener este... otro tipo de enfermedad como es la bipolaridad, ese tipo de cosas y... y pues desafortunadamente nos tienen que someter, (rio) o sea, nos tienen que amarrar o no sé para no hacernos daño, o nos tienen que sedar, porque cuando uno entra en crisis pues sí muchas veces es muy difícil controlarnos.

E: Okey.

R: ¿Alguna otra pregunta?

E: ¿Considera que las medidas que se utilizan, en este caso los horarios o tener que someter a las personas, es lo adecuado?

R: Sí... sí porque a mí cuando estuve en... etapas de tranquilidad y de calma, pues sí me tocó ver a compañeritas que entraban en una, pues crisis muy, muy fuerte y que inclusive podrían hacerse daño o hacerle daño a alguien más... desgraciadamente cuando una pierde el control de sus emociones, pues no mide riesgos entonces yo creo que sí es muy prudente que en algún momento pues... te sujeten, o sea, la verdad es que nunca son tratos malos, no te golpean, no nada, nada más tratan de sujetarte para que... de sujetarte a la cama para que no vayas... a tener ningún daño físico tuyo... o con alguien más porque, pues obviamente se manejan varios tipos de enfermedades psiquiátricas ahí... y si es lo correcto evitar que nos podamos dañar o alguien más pues ahora sí que es parte del proceso, o un proceso psiquiátrico así debería ser.

E: Y cuando estuvo en su casa...

R: ¿Alguna otra pregunta?

E: Sí, cuando estuvo en su casa, ¿notó alguna mejora una vez saliendo del hospital?

R: No... (*se quedó en silencio*). Como les comentaba, a mí me llevó tres años este... yo no quería salir, la verdad es que no quería salir, no quería salir y yo, o sea no... yo... al tener contacto con el exterior y con mi presente, no me gustaba la vida que estaba viviendo, entonces... pues yo no me adaptaba... no hubo mejora, me costó mucho trabajo... de hecho los mismos psiquiatras le comentaron a mi mamá que... si yo no quería salir no iba a salir nunca ¿sabes? Entonces... yo no creo que haya sido por la institución, yo creo que como te digo es algo muy personal, cuando es depresión porque cuando es otro tipo de enfermedades, y me acuerdo que lo contrasté con muchas compañeritas que son bipolares o que son esquizofrénicas o que son normalmente... de trastorno límite o cosas así, ellas si salían y si mejoraban mucho porque su tratamiento médico pues era por una falla que tuvieran cerebral o cosas así entonces yo sí vio una mejoría en muchas de mis compañeras, cuándo es... cuándo es un problema emocional es más complicado, de hecho, pues yo subí mucho de peso porque los medicamentos que me mandaban pues te aletargan, este... yo solo era para

calmar mi estado depresivo pero este... uhm... si los problemas son de otro tipo yo creo que sí porque vi muchos casos de mis compañeras en los que una vez retomando su tratamiento se recuperaban infinitamente bien, el problema es que lo dejaban, porque al dejarlo las recaídas son mucho más fuertes, en mi caso pues no, solo no quería salir, yo solo...yo no quería nada... y, y él... uhm... y hay cosas que ni siquiera recuerdo, o sea me desconectaba totalmente del mundo, entraba en crisis de ansiedad, me quería hacer daño yo lo único que quería era acabar con mi vida... pero por qué... pero la depresión es como... siento que muy complicada la depresión... si uno no quiere salir de ese estado no lo hace, de verdad, y la mente es muy poderosa, muy poderosa y creo que... a mí me ganaba mucho, era como que muy débil muy débil en ese aspecto, entonces cuando yo salía ya estaba en casa, pues yo nada más buscaba la oportunidad... me tenían que esconder todo, todo los que me pudiera dañar porque yo buscaba la oportunidad de hacerme daño.

E: ¿Su familia cómo vivió todo este proceso...?

R: ¿Alguna otra pregunta?... Y de todo este proceso... uhm, una amiguita de mi mamá... estaba en un grupo de AA en cuarto y quinto paso, yo estaba en una etapa que estaba yo en casa y le dijeron a mi mamá: “pues porque no la lleva y quizá puedan ayudarle con eso, a salir”, entonces yo no quería, estaba su hermana de mi mamá, estaba ahí de visita, fue a verme y me dice: “hija...”, bueno, me rogó y yo lo único que pensé fue: «pues he estado en peores lugares»... (*inaudible*) porque en un psiquiátrico este... pues manejas mucho tipo de enfermedades, entonces conoces muchas personas pues feas, la verdad es que las enfermedades psiquiátricas, pues sí son así, que dices: “¿qué onda?”, ¿no?, “¿por qué actúa así? ¿o por qué es agresiva? ¿o por qué es de este tipo...? ¿por qué tienen toc o...?”, no sé, eran muchas cosas... entonces yo decidí entrar a ese grupo y me fui al retiro, ese que hacen en la hacienda, uhm... con mis medicamentos, con todo y en la hacienda me quitaron los medicamentos, uhm... y usaron la psicología inversa... o sea, en lugar de decirte el psicólogo: “¿cómo estás?, ¿cómo te sientes?”, este... todo era como al revés, o sea, yo quería estar triste y estar llorando pero me decían: “no, a ver, ¿por qué estás llorando?”, y cosas así, entonces de alguna manera, sí creo que esa parte me ayudó mucho porque me sacudieron ¿no? Porque me dijeron “no, ¿qué medicamentos?... ¡Tú puedes salir sin medicamentos!, ¡tú puedes salir sin cosas!”, y este... pues sí, esa

etapa la verdad creo que fue el... el... la recuperación, el proceso de recuperación, empecé como a analizar mi vida y dije... (*silencio de algunos segundos*) escribes mucho, es parte de lo que ustedes manejan es sus terapias, escribe mucho, escribe mucho, escribe mucho, escribe desde... te hacen un... (*se quedó pensando*), escribes desde que eras muy pequeña, lo que recuerdas y te hacen escribir y escribir, también me ayudó mucho... (*se quedó viendo hacia un lado y dijo: "¡Ay! Se nos fue", (rio y continuó) ...Porque fue una manera de sacar todo lo que traía... todo, todo lo que traía, entonces este... al empezar a recordar toda la problemática de vida que había tenido... todo mi proceso de vida, este... pues como que empecé como a recapacitar y pensé: «bueno, ¿qué estoy haciendo con mi vida?»*), yo tenía dos hijos pequeñitos, los había dejado con su papá todos esos tres años... y... de pronto dije: "¿qué estoy haciendo?!", ¿no? "¿qué estoy haciendo con mi vida?!", y este... "no estoy haciendo nada", entonces, cuando yo volví de ese retiro, yo empecé, pues ya sabes que tienes que retirar el medicamento despacito para que no te vaya a caer mal, este... y yo solita, como las citas en el IMSS son cada seis meses, entonces esos seis meses yo empecé a retirarme los medicamentos poco a poco, porque tomaba un cóctel de medicamentos, entonces este yo empecé y ya en mis consultas el doctor me decía: "te veo mejor, ¿cómo te has sentido?", "no, pues bien", y empezó a retirarme el medicamento, pero pues yo ya me lo había retirado paulatinamente tiempo atrás, entonces fue como ya yo empecé como a rescatar un poquito de mi vida y empecé a pensar: «bueno ¿y ahora qué voy a hacer con mi vida?»), pues sí, tenía miedo a una recaída porque no es fácil decir... agarrar valor y decir: "voy a salir adelante", no es fácil, de verdad, ustedes que van a ser médicos, tratar pacientes así es como muy, muy, muy difícil porque te digo, como eran emociones, o sea, no era una enfermedad cerebral o que me faltara algún químico en el cerebro era simplemente una depresión, pero es más difícil yo creo... porque dices: "¿pues cómo la saco adelante?", ¿no? si ella no quiere... no es una etapa, pero afortunadamente digo... yo no sé si haya tenido que ver, yo creo que sí, ese proceso en el que en AA son bien agresivos (*sonrió*) o que te hablan muy fuerte, no te hablan suavcito como los psicólogos que te hablan suavcito, aquí no... aquí te hablan fuerte y eso fue lo que me ayudó a sacudirme, decir: "¿qué estoy haciendo?", y empezar a retomar las riendas de mi vida, fue muy lento el proceso porque yo ya tenía un montón de toxinas de

tantísimo medicamento que me estaban dando y créanme que quitártelo o írtelo retirando para mí fue muy complicado, para mí, lo último que para mí... puede quitarme y tardé como dos años fue el rivotril porque yo dormía como una tabla o sea yo no descansaba estaba tiesa como una tabla y si no me tomaba el rivotril no me relajaba pero sin embargo sí salí... (*silencio de varios segundos*)... ¿Algo más?

E: Sí, cuando estaba usted internada en el psiquiátrico ¿cómo fue el procedimiento para que recibiera visitas?

*Silencio de varios segundos esperando que respondiera.*

R: No recuerdo exactamente, solo sé que tenía que haber una persona de 24 horas, mujer que te cuidara, eso sí lo sé porque no puedes estar sin cuidador por lo mismo que, pues la mayoría de nosotros como pacientes tendemos a hacernos daño, entonces siempre tiene que haber alguien al pendiente de ti si vas al baño, si vas al... tenían una salita de televisión o si vas al comedor... a donde quiera tenía que seguirte una persona, entonces... eso sí lo recuerdo, las visitas creo que eran en la mañana y en la tarde y eso dependiendo del comportamiento del paciente... como estuviéramos nosotros de tranquilos, porque si éramos pacientes muy agresivos o muy eufóricos o muy depresivos pues no...no teníamos, no nos podían... sí había una visita que pudiera causarnos algún daño emocional, no... no lo autorizaban.

E: Okay... y con esta vigilancia qué dice usted que tenía que haber un guardia, ¿se sintió alguna vez como cohibida? ¿cómo que invadía su espacio?

R: No... fijate que no, porque al menos en mi caso me daba igual (ríe) o sea... es que la verdad es que estás tan sumergida en tu... en tu mundo, en tu problema... que si estaba alguien o no para mí era lo mismo, era irrelevante... estás como en una dimensión... yo creo que, si en algún momento me desconecté del mundo y ya no quise saber nada y a lo mejor lo que llegaba a hacer de dañarme y eso, era como involuntario, era como fuera de mí... no sabía porque lo estaba haciendo... y ya... (*esperamos varios segundos para ver si agregaba algo más*).

E: ¿Usted considera que se podría hablar de rehabilitación en un psiquiátrico?

R: ¿Rehabilitación? (*se quedó pensando*) ...no lo sé (*sonrió*) ...de alguna manera sí, él... al menos el funcionamiento de ese hospital es... pues rehabilitarte emocionalmente, rehabilitarte en cuanto a salud para que puedas integrarte al mundo, o sea, finalmente somos pacientes que de alguna manera estamos

enfermos por una o por otra cosa y, o sea, la rehabilitación es esa... es a tratar de dejarte lo mejor posible para que puedas reintegrarte al mundo y puedas enfrentarlo pues como debe de ser ¿no?... si a eso le llamamos rehabilitación... porque física pues no, realmente no... física yo creo que ahí lo que hace una rehabilitación física de salud... en cuanto a salud mental es... cuando son pacientes que tienen pues algun... cómo te pudiera decir, pues alguna deficiencia química pues son los medicamentos los que se tienen que encargarse de que se equilibre... *(se esperó a que prosiguiera, después de varios segundos habló)*  
¿Algo más?

E: ¿Usted llegó a formar lazos con otros pacientes?

R: ¡Sí! De hecho, fíjate... que bueno que lo mencionas, este... eso ya tiene ¿qué? como les dije... 15 años algo así, y... yo todavía tengo contacto con amigas, hice lazos (rio) con compañeritas y sí, sí se puede porque obviamente pues a lo mejor no somos del mismo dolor, pero todas tenemos algún tipo de problema ¿no? Entonces... sí, hasta la fecha sigo teniendo contacto con pacientes de ese hospital

E: Cree que esos lazos también, en parte, ¿le ayudó a mejorar su estado emocional o su estado de salud?

R: Ehm... yo creo que sí... y yo creo que para todas funcionó igual porque, de alguna manera, dentro de tus etapas de conciencia, que estás platicando con ellas... y qué estás intercambiando experiencias en éste... se forma una red de apoyo... y estás siempre pendiente de... se hacen lazos, realmente si estás pendiente de ellas y ellas de ti, de cómo estás y si tienes una crisis se encargan de avisarles a la enfermería o a los médicos, cositas así... pero sí definitivamente sí como pacientes este... esa técnica, yo no... yo no conozco técnicas en otras instituciones pero esa técnica en esa institución, que éramos pues un piso de puras mujeres, este... pues si se crea una red de apoyo entre nosotras mismas y entre nuestras etapas de lucidez

E: Okey, este... ¿Su familia tuvo asesoramiento psicológico para que pudieran tratarla a usted en caso de que tuviera una crisis?

R: Sí, de hecho, la institución, este... se encarga de hablar con las familias para que formen una red de apoyo porque... el desgaste con un paciente como nosotros es muy fuerte para los familiares ¿no? entonces ellos se encargan de hablar con los familiares que tienen que formar redes de apoyo por lo que puede



pasar, porque tu paciente se maneja así... y sí, les enseñan cómo manejarnos en etapas de crisis.

E: ¿Considera que existe estigma alrededor de la gente que estuvo en un psiquiátrico?

R: (*Río*) No... no... soy muy escéptica en ese aspecto... nosotros, todos los seres humanos traemos nuestro costalito lleno de piedritas, algunos que traemos enfermedades emocionales algunos otros son de salud mental... la institución se encarga de, cuando ingresas, te hacen un super estudio de todo a todo, un mapeo cerebral este... electros... te hacen estudios clínicos, súper increíble, parece para que detectar qué es lo que te está dañando, entonces no... no creo que sea estigma, son enfermedades como una diabetes como cualquier tipo de enfermedad solo que en ésta son enfermedades mentales o emocionales o de alguna falla química o así pero no, no creo que sea por ahí.

E: Y... el problema que tuvo... de ese diagnóstico que le dieron, ¿le perjudicó en el aspecto laboral?

R: Uhm... fíjate que en esa etapa este... yo tenía muy buenos jefes porque cada que yo que recaía, pues tenía el permiso de que me hospitalizaran... todo el tiempo me brindaron apoyo en todo, eso no... no me afectó laboralmente, en mi caso, porque tenía buenos patrones y porque tenía mucho tiempo trabajando ahí entonces yo entré sana, la verdad es que no tenía problemas... después fue cuando surgieron y todo el tiempo me apoyaron... ¿Alguna otra pregunta?

E: Si, Miros, querías agregar algo... era también con respecto al estigma y ¿cómo ha sido actualmente su proceso?, ¿si ha estado mejor?

R: En cuánto estigma ¿a qué te refieres?

E: Bueno, me refiero cuando alguna persona llega a saber sobre el hecho de que usted estuvo dentro de un hospital psiquiátrico, ¿se ha sentido juzgada o discriminada?

R: ¿Rechazada?

E: Ajá.

R: No, fíjate que no... la verdad es que las personas que me rodearon en ese momento y ya en mi recuperación me trataron excelentemente bien... hoy en día, después de mi recuperación, nadie se imagina que haya pasado por un proceso psiquiátrico... nadie, incluso si alguien lo sabe dicen: "es que no lo puedo creer", y

pues sí... pero no eh, creo que siempre he tenido mucho apoyo de mis amigos, mis compañeros, de mi familia, este... y no nunca fui estigmatizada por eso.

E: Bueno, quedan unos minutos para terminar la entrevista, no sé si usted quisiera agregar algo más.

R: Este... *(se congeló la imagen y el audio)*, pues espero que... *(se siguió congelando el audio)*... experiencia a lo mejor no están *(inaudible por varios segundos)* este... ya volvemos... pues espero les haya servido mi experiencia ya que no fue tan interesante pues es una depresión pero, pues yo creo que el trabajo que realiza un psiquiatra es lo mejor que puede hacer... a veces nosotros como pacientes no entendemos que no podemos solos y que de alguna manera necesitamos sostenernos de algo o de alguien, ya sea un medicamento, un tratamiento, entonces pues este... yo espero que les haya servido tener una experiencia un ... y si tienen la oportunidad de visitar un hospital como esos les ayudaría mucho porque si es un gran hospital, este... es un hospital de investigación aparte de todo uhm... no para... siguen investigando el por qué la falta de químicos en el cerebro, por qué la gente reacciona así, porque... entonces este... pues es interesante, la verdad es que me hubiera gustado estudiar psiquiatría después de todo esto *(rio)* porque es un tema muy, muy interesante, la mente... el control de la mente es, a veces, muy complicado para el ser humano, ¿no?, el control de las emociones y... yo creo que nadie, a lo largo de toda su vida, termina de aprender a manejarlas, pero yo les puedo decir que en este proceso de años y ya después de que viví eso pues me... me ha costado pero he aprendido a manejarlas mejor para no recaer... al final es pues mucho tiempo perdido al estar en un hospital y no querer salir... pierdes muchas cosas, pierdes tu vida prácticamente, entonces sí... yo creo que es muy importante que existan los psiquiatras porque la gente no podemos sola y a veces necesitamos ayuda y qué mejor ayuda que un profesional que realmente sepa cómo actuar en casos como este... ¿Algo más?

E: Bueno, esto ha sido todo y pues gracias por la entrevista.

R: Gracias a ustedes por haberse tomado la atención de haberme escuchado... le comentaba a mi amiga que, después de este proceso yo dejé de tocar el tema y no quise volverlo a tocar porque... pues todavía hay cosas que duelen un poquito, pero... pues si es por ayudarles, pues qué mejor.

E: Muchas gracias, de verdad, se lo agradecemos.

R: Muchas gracias a ustedes.

E: Sí, no sé si habrá la posibilidad de que nos brinde otra entrevista, en dado caso de que se pueda.

R: Pues sí... sería el lunes porque yo ya tengo... últimamente ya estoy muy activa y le comentaba a esta niña que trabajo, voy al gimnasio, regreso, hago mi cena, meriendo, preparo mis cosas y me voy a dormir, entonces el único día ahorita que no hay gimnasios son los lunes... que es el día que yo podría con mucho gusto hacer otra entrevista.

E: Sí, está bien, perfecto.

R: Espero les haya servido de mucho.

E: Gracias.

R: Gracias a ustedes cuídense mucho.

E: Igualmente.

R: Bye.

E: Hasta luego.

R: Hasta luego.